

年 月 日

### 記入例

(宛先) 野田市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

窓口にて申請される方の住所等をご記入ください。

障がい者本人  
氏名、生年月日  
をご記入ください。

## 野田市重度心身障がい者医療費助成金支給申請書

診療年月 年 月分

受給資格者			生年月日	年 月 日		
加入保険	保険種別	1 健康保険	2 共済組合	3 国保	4 国保組合	
		5 後期高齢	6 その他			
	所在地					
	名称					
助成金支給対象額 (本人支払額) ア		高額療養費 イ	付加給付額 ウ	助成金支給額 ア - イ - ウ		
円		円	円	円		

加入されている健康保険の種類に○印及び所在地、名称をご記入ください。

※これより下欄は、医療機関での証明用の様式となっております。

### 診療点数票

診療期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	診療区分	入院 外来
診療総点数	左のうち公費負担分		本人支払額 ア		
点	点		円		

上記のとおり診療いたしました。

年 月 日

領収書に氏名、金額、診療点数が記載されていない場合は、医療機関から月ごとに証明をもらってください。氏名、金額、点数等の記載がある領収書の場合は、証明の必要はありません。

電話番号  
所在地  
名称  
代表者名

※証明は、月ごとの点数・金額を記入してください。

