

記入例

平成 年 月 日

(宛先)野田市長

申請者住所 野田市

氏名

電話番号 04-71

障がい者本人のお名前、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

窓口にて申請される方の住所等をご記入ください。

診療年月 年 月分

受給資格者			生年月日	明治、大正 昭和、平成	年 月 日
加入保険	1 健康保険	所在地	加入されている健康保険の種類にマル印及び所在地、名称をご記入ください。		
	2 共済組合				
	3 国保	名称			
	4 その他				
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		

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 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(レシート等)は、医療機関により月ごとに証明をもらって下さい。氏名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。