

年 月 日

(宛先) 野田市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

野田市医療的ケアを必要とする在宅重度身体障がい者一時入院支援事業
助成金支給申請書 (入院月 年 月分)

利用資格者		生年月日	年 月 日
住 所			
保 護 者		続柄	
住 所			
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		
他受給券	重度心身 ・ 子ども医療 ・ なし	自己負担額	無料 ・ 300円
助成額	円		

診 療 点 数 票

入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間
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

様

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。

