

令和 年 月 日

受給者番号

Grid for recipient number with a dash in the second column.

(あて先) 浜松市長

住 所

申 請 者

(マンション名・室番号等)

氏 名

電話番号

— —

重度心身障害者医療費助成申請書

重度心身障害者医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

Form with fields for ①受診者氏名, ②生年月日, ③平成・令和 年 月診療分, ④加入医療保険 details.

領 収 証 明 書

医
療
機
関
記
入
欄

上記受診者について、下記のとおり領収したことを証明します。

【ここは長寿（後期高齢者）医療でない方の証明欄です。長寿医療の方は別の領収証明書をお使いください。】

平成・令和 年 月診療分【 科 外来・入院（ 日から 日まで）】

Table with 4 columns: ①保険点数, 点→負担金額 円, ②薬剤費負担金 円, ③保険診療による鍼灸、マッサージ、接骨院自己負担金 円. Includes a summary row ① + ② + ③ 円.

1枚につき1ヶ月単位、医療機関単位、入院・外来別に記入してください。

また保険外（自費分）については助成対象にならないため、除いて記入してください。

令和 年 月 日 所在地

医療機関 名 称

代表者

印

Table with 5 columns: 市記入欄, 保険診療による自己負担金, 控除額（高額）, (附加、公費), 差引支給額. Rows for 外来 and 入院.