第５号様式（第６条関係）

令和　　年　　月　　日

受給者番号 | | | ― | | | | | | | |

（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。

①受診者氏名		②生年月日	大・昭 平・令　　年　　月　　日(受診時　　歳)
③　令和　　年　　月診療分（　外来　・　入院　・　訪問看護　・　装具　）			
④加入医療保険	被保険者（組合員）氏名	記号番号	保険者名称（浜松市国保、長寿医療以外の方は組合名等を記入）
			浜松市国保 長寿（後期高齢者）医療 ／ 健保組合・共済組合 協会けんぽ・国保

医療機関記入欄

領　収　証　明　書

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。 】

令和　　年　　月診療分【　　科　　外来・入院（　　日から　　日まで)】

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		
④食事療養費（２０歳未満のみ）	円	①～④合計	円

１枚につき１ケ月単位、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

医療機関　所在地
名　称
代表者　　印

市記入欄

診療年月	療養区分	医療機関	医療点数	支払申請額	自己負担額	装具療養費	食事療養費	医療助成費	備考
点検									
点検									