

様式第4号(第7条関係)

臼杵市重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

(あて先)臼杵市長

次のとおり医療費の支給を申請します。

※申請者	【受給者番号】	【受給者氏名】
		印
		生年月日： 年 月 日
	【受給者住所】	
	臼杵市	
	(TEL)	
医療機関記入欄	診 療 報 酬 証 明 書	
	診 療 月	年 月
	保険診療総額 (総点数)	入院 (円点)
		外来 (円点)
	保険診療自己負担額(A)	(薬)一部負担金受領額 円 円
	医療機関名称	印
	医療機関所在地	
	世帯区分	一般・非課税 (I・II)

支 給 決 定		
一部負担額(A)	付加給付額(B)	支給額(C=A-B)

注1 ※印の欄は申請者が記入すること。

注2 保険診療総額(総点数)の欄は必ず記入すること。