

大熊町重度心身障害者医療費助成申請書

令和 年 月 日

大熊町長 様

住 所 大熊町大字 字

申請者 氏 名 ㊟

電話番号 () -

受給者証番号	受 給 者 氏 名	生 年 月 日
	フリガナ	昭和 年 月 日生 平成

医療機関記入欄（医療費の証明は月単位とします。）

保 険 診 療 証 明 書

診 療 月	平成 ・ 令和 年 月分	
診 療 種 別	外来	入院
療 養 の 給 付 費 （ 自 立 支 援 法 除 く ）		
診 療 日 数	保険診療点数	自己負担額…①
日	点	円
自 立 支 援 法 に よ る 給 付 費		
診 療 日 数	保険診療点数	自己負担額…②
日	点	円
食 事 療 養 費		
平成17年10月以降診療分は支給対象外のため、記入の必要なし。		
助成申請額（①＋②）	円	
上記のとおり証明します。		
令和 年 月 日	住 所	
	保険医療機関等 名 称	
	氏 名	㊟