

様式第4号(第5条関係)

身体障害者、知的障害者及び精神障害者医療費助成申請書  大山町長 様			
受給資格者の氏名		被保険者(組合員)名	
		保険証記号番号	
受給資格者の生年月日	年 月 日	保険者名	
手帳の種類 (○印をしてください。)	身体障害者手帳 ・ 知的障害者療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳		
医療を受けた期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
身体障害者、知的障害者及び精神障害者医療費申請金額 一 金 円			
上記のとおり、領収書等を添えて医療費の助成を申請します。  年 月 日  <div style="text-align: right;">                     &lt;申請者&gt;                      住所                      氏名                      (連絡先 - - )                 </div>			

添付書類

- 1 加入医療保険により、医療費の自己負担分を医療機関へ支払いしたその領収書  
 ※領収書は受診者の氏名、受診日、保険点数等が記載されたものに限りませう。
- 2 高額療養費支給額証明書、付加給付金支払額証明書等