

(障) 重度障害者医療費助成申請書

(あて先) 川崎市長

年 月 日

住所 川崎市 \_\_\_\_\_ 区

申請者 \_\_\_\_\_ 電話 ( \_\_\_\_\_ )

氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり、重度障害者医療費助成に係る医療費の助成を申請します。

対象者氏名		受給者番号	
住所			
振込先金融機関			
口座番号		フリガナ	
		口座名義人	

診療年月日	診療を受けた医療取扱機関等の名称	区分	医療費支給申請額
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円
年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8	円

区分 1：医科外来 2：医科入院 3：歯科 4：調剤 5：柔道整復  
 6：はり・きゅう・マッサージ 7：訪問看護 8：その他  
 領収書（写しも可）、健康保険の療養費支給決定通知書等を添付してください。