

第2号様式

障 重度障害者医療費助成申請書

(あて先) 川崎市長

〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 川崎市 川崎 区 宮本町1番地

申請者 電話 044 (〇〇〇) 〇〇〇〇

氏名 川崎 花子

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	川崎 花子	受給者番号	〇〇〇〇〇〇
住所	川崎市川崎区宮本町1番地		
振込先金融機関	〇〇〇〇銀行 〇〇支店 (店番号: 〇〇〇)		
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	フリガナ	カワサキ ハナコ
		口座名義人	川崎 花子

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
令和 2年2月2日	神奈川県外の医療機関など	1 2 3 4 5 6 7 8	自己負担額 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。