

(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	銀 行 信用金庫 農 協		本 店 支 店
口 座 番 号	普通	フリガナ	
	当座	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※)、健康保険の療養費又は高額療養費、家族付加金に該当する場合は支給決定通知書等を添付してください。

※領収書の写しを提出される場合は、原本を申請の際に窓口で提示してください。