

(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 信用金庫 農 協	〇〇 本店 支店
口座番号	普通 〇〇〇〇〇〇〇〇	フリガナ	カワサキ ハナコ
	当座	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 〇年〇月〇日	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。