様式第９号（規則第９条関係）

重度心身障がい者医療費助成申請書

申請者記入欄

年　　月　　日

佐野市長　様

受給資格者（申請者）　住所
氏名
電話

受給者番号		加入保険	被保険者氏名			
受診者	氏名			保険証記号番号		
	生年月日	年　月　日		保険者	番号	
					名称	
振込先	変更なし					
	変更あり					
同一月かつ同一保険において一部負担金21,000円以上支払った家族の有無				有　・　無		

備考　付加給付又は高額療養費の支給があるときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄																							
保険診療証明書																							
保険種類	国保・社保・後期高齢者				自己負担割合　1･2･3　割				特定疾病療養受療証の有無				有・無										
診療年月		保険診療合計点数														他法負担点数						備考	
年	月	入院日数	入院点数						外来点数														

年　　月　　日

医療機関等　所在地
名　称
氏　名　　㊞

診療月(科)	保険診療合計	一部負担金	控除額の内訳				医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	付加給付額	控除額計	

備考　太枠欄は、記入しないでください。