別記様式第１５号（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

佐　野　市　長　様　　年　　月　　日

受給資格者　住　所　佐野市
（申請者）
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								
					保険者	番　号							
	生年月日	年　月　日				名　称							

振込先	変更なし	※振込先を変更する場合は、変更届が必要となります。受給資格者証・受給資格者の通帳・認印をご持参の上、手続きをしてください。
	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。