

記入例

後期高齢者医療制度加入者用

重度心身障がい者医療費支給申請書

〇〇年△△月××日

（申請先）新 座 市 長
（障がい者福祉課）

申請者

住所 新座市 〇〇 × 丁目 △ 番 □ 号

氏名 新座 太郎

電話番号 〇〇〇（×××）△△△△

条例第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。

助成請求

※領収書（受診者氏名・診療年月日・保険診療総点数もしくは
保険診療の総額・一部負担金・医療機関名・診療科の記載のあ
るもの）をホチキスで添付してください。

外 来

年 月（ 日分）

100円× 四＝ 円

重度心身障がい者医療費受給
者証（白）の受給者証番号

受 給 者

氏 名

新座 太郎

生年月日

〇〇年 △月 ×日

重度心身障がい者医療費
受 給 者 証 番 号

〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

注1）助成請求金額欄（及び下記医療機関等欄）は、医療機関等が医療保険の保険診療一部

・申請書は分けて提出してください。

☆診療月別 ☆医療機関別 ☆医科・歯科別 ☆入院・通院別

〈例〉4月「××調剤薬局」、4月「△△歯科」、4月「〇〇病院（入院）」、
4月「〇〇病院（通院）」、5月「××調剤薬局」、
5月「△△歯科」、5月「〇〇病院（通院）」

このように受診した場合は、計7枚の申請書が必要になります

↑領収書はこちらにホチキスで留めてください。