

様式第 5 号(第10条関係) (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

受 給 者 記 入 欄	重 度 障 害 者 (児) 医 療 費 助 成 金 支 給 申 請 書										
	年 月 日										
	長 泉 町 長 様										
	住 所 受給者 氏 名 ⑩										
	受 給 者 証 番 号	第 号		加 入 医 療 保 険	記 号						
				番 号							
				保 険 者 名							
受 診 者 名	氏 名				附 加 給 付	有 ・ 無					
	生年月日	年 月 日									
医 療 機 関 等 記 入 欄	保 険 診 療 等 領 収 書										
	保 険 診 療 に よ る 一 部 負 担 額				※ 円						
	訪 問 看 護 療 養 費 基 本 利 用 料 等				※ 円						
	計										
	※										
	診 療 期 間 年 月 日から 年 月 日まで 入院 有・無(年 月 日から 年 月 日まで)										
年 月 日											
所 在 地											
医 療 機 関 等 名 称											
代 表 者 名 ⑩											
市 町 村 記 入 欄	保険診療等の 一 部 負 担 額		控 除 額 附加給付額		自 己 負 担 金 (控 除 額)		支 給 額		備 考		
	円		円		円		円		(病名)		
	附 加 給 付 額 の 算 定										
	市 町 村 民 税 課 税 状 況										

(注) ※印欄は医療機関等が記入してください。