

様式第7号(第9条関係)

下記口座に振込をお願いします	
(フリガナ) 口 座 名 義	
振 込 先	銀行・信金 農協・信組 支店
口 座 番 号	No. (普通・当座)

重度心身障害者医療費助成金請求書

請求額 金 円也

ただし、 年 月分、重度心身障害者医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。

年 月 日

大月市長 殿

受給者 氏名
住所

請求者 氏名 印

受給資格者番号	
---------	--

診 療 報 酬 請 求 証 明 書

種 別	国保 政管 協会けんぽ 船員 共済 健保 後期
	本人 ・ 家族

診療費 年 月分

入院 ・ 入院外

診 療 報 酬 総 点 数	点
他法公費負担点数(種別)	点

高齢者の医療の確保に関する法律による一部負担金	
入 院 外	
入 院	円

訪問看護療養費自己負担分	
--------------	--

外 来 の 際 の 薬 剤 に 係 る 一 部 負 担 金	円
----------------------------------	---

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医療機関等の所在
名称
氏名 印

※助成金決定額

本人負担額	付加給付等の額	決定金額
()	－ ()	= ()

(注) ※印欄は記入しないでください。