様式第6号（第4条、第14条関係）

|  |
| --- |
| 重度心身障害者等医療費　助成申請書 |
| 年　　　月　　　日 |
| 富山県南砺市長 |
|  | 〒 |
| 申請者　 | 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 電話 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| 次のとおり医療費の助成給付を受けたいので請求します。 |
| 受診者 | 受給者番号 |  |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  | 電話番号 |  |
| 加入保険 | 名称 |  |
| 保険者番号 |  | 保険種別 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 記号 |  | 番号 |  |
| 振込先 | 銀行コード |  | 支店コード |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  | 口座名義人 |  |
| 区分 | 診療年月 | 日数（回数） | 点数（金額） | 他法負担点数 | 医療費請求額 | 高額療養費 |
| 請求 | 入院 |  | 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| 入院外 |  |  |  |  |  |  |