

						受給者番号									
嘉島町重度心身障害者医療費助成申請書															
令和 年 月 日															
嘉島町長 様															
下記のとおり、令和 年 月分医療費の助成を申請します。															
氏名				受給資格者氏名											
住所	熊本県上益城郡嘉島町大字														
医療機関・保険薬局の記入欄	診療月 令和 年 月分 患者氏名														
	入院・入院外の別			1入院	2入院外	3歯科									
	入院（通院）日数		日	左記のとおり領収しました。 令和 年 月 日											
	診療総点数		点												
	院外処方		有・無												
	診療報酬一部負担金受領額 （入院時食事療養費に係る定額負担金を除く）			医療機関 所在地 名称 電話番号 印											
	円			左記のとおり領収しました。 令和 年 月 日											
	院外処方有り のとき														
保険内合計点数		点													
円			調剤薬局 所在地 名称 電話番号 印												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">決裁</td> <td style="width: 10%;">課長</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">係長</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">主査</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>								決裁	課長		係長		主査		
決裁	課長		係長		主査										
医療費総額	保険者負担額	一部負担金	調剤負担金	附加給付額	自己負担額	助成額									
					1,000 2,000										