

障害者医療費助成申請書

年 月 日 海老名市長殿	住所 海老名市 氏名 電話 () -
次のとおり医療費の助成を申請します	

受給者番号		受給者氏名	
-------	--	-------	--

診療期間	年 月 日 ~	年 月 日
------	---------	-------

支給申請の内訳			他法関係給付額	
合計	円	件	患者負担額	円
<input type="checkbox"/> 入院	円	件		円
<input type="checkbox"/> 外来	円	件	高額療養費	円
<input type="checkbox"/> 調剤	円	件		円
<input type="checkbox"/> 薬剤負担	円	件	附加給付	円
<input type="checkbox"/> 補装具	円	件		円
<input type="checkbox"/> 移送	円	件	他の給付額	円
<input type="checkbox"/> 訪問看護	円	件		円
<input type="checkbox"/> 特定疾患	円	件		
<input type="checkbox"/> その他	円	件		

支給決定額	円	支給決定年月日	年 月 日
-------	---	---------	-------

振込先	銀行名	口座名義 (かた)	
	支店名	口座番号	普 当

支給決定番号	
--------	--