

【記入例】

申請書記入日

(第9条関係)

障害者医療費助成申請書

こちらに支払決定通知書を送付いたします。

年 月 日

海老名市長殿

住所 海老名市

氏名

電話 () -

障害者医療受給者証の
受給者番号

次のとおり医療費の助成を申請します

ご本人氏名

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

合計	円	件	日
----	---	---	---

入院 円 件 日

外来 円 件 日

調剤 円 件 日

薬剤負担 円 件 日

補装具 円 件 日

移送 円 件 日

訪問看護 円 件 日

特定疾患 円 件 日

その他 円 件 日

他法関係給付額

患者負担額

円

高額療養費

円

附加給付

円

他の給付額

円

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

原則受給者ご本人名義。
変更ない場合は二度目以降記入不要