様式第６号(第６条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 柔整 | 鍼灸 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 重度心身障害児者医療費（現物給付）支給申請書  年　　月　　日  　　岩出市長　　　　様  医療機関等の所在地及び名称  開設者氏名    　　　　　　年　　月分の重度心身障害児者医療費を次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | ８ | | ０ | | ３ | ０ | ０ | １ | ７ | １ | | 受給者 | 氏　　名 | | |  | |
| 受給者証番号 | |  | |  | |  |  |  |  |  |  | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 被保険者証記号番号 | |  | | | | | |  | | | | | 保険者番号 | | | |  | |
| 診療実日数 | | | | | | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | | | 日間 | | | |
| 請求点数 | | | 点 | | | | | 自己負担割合 | | | | 3割  2割  その他  　　　割 | | | | 医療費請求額 | | 円 |
| ※  決定点数 | | | 点 | | | | | ※  決定請求額 | | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込指定銀行 | | 口座番号 | | | | | | | 口座名義人 |
| 銀行  金庫  農協 | 本店  支店  出張所 | 普通・当座 | | | | | | | フリガナ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

※　印の欄は、記入しないこと。