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。