

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 <div style="text-align:right; margin-top: 10px;">年 月 日</div> <div style="margin-top: 20px;">岩 出 市 長 様</div> <div style="text-align:center; margin-top: 20px;"> 医療機関等の所在地及び名称 開 設 者 氏 名 </div> <div style="margin-top: 20px;">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。</div>									
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					日 間	
請 求 点 数	点				自 己 負 担 割 合	3 割	医 療 費 請 求 額	円			
※ 決 定 点 数	点					2 割	※ 決 定 請 求 額	円			
					其 他	割					

振 込 指 定 銀 行			口 座 番 号			口 座 名 義 人		
銀行	本店		普通・当座			フリガナ		
金庫	支店							
農協	出張所							

※ 印の欄は、記入しないこと。