

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="text-align: left; margin-top: 10px;">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="text-align: center; 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 年 月 日まで	日 間							
請 求 点 数									3 割	医 療 費 請 求 額	円						
※ 決 定 点 数									自 己 負 担 割 合	2 割 其 他 割	※ 決 定 請 求 額	円					

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。