

医療費支給申請書

(柔道整復・あん摩・マッサージ・はり・きゅう等用)

重度心身障害者等

ひとり親家庭等

観音寺市長 宛て

受給者	受給資格者証番号						
	住 所	観音寺市 町					
	氏 名						
	生年月日	年 月 日					
被保険者	氏 名						

年 月 日

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

(施術者記入欄)

申請者氏名

療養費に係る一部負担金額の証明

年 月分	協・共・組・国組・国	負 担 割 合	
		1割 2割 3割	

療養費の総額 (A)		円
区	障害者自立支援医療（育成医療及び更生医療に限る。） 分に係る療養費 (B)	円
	(B) を含む他法負担の支給額 (C)	円
	分	本人負担 障害者自立支援医療（育成医療及び更生医療に限る。） 分に係る一部負担金額（本人負担額）(D)
(D) 以外の一部負担金額（本人負担額）(E)		円
訪 問 日 数		日

証明年月日 年 月 日 医療機関コード

--	--	--	--	--	--

施術者の資格

住所及び氏名

⑩

※市事務処理欄

本人負担額	高額医療費	対象一部 負担金額	控除額	支給決定額	備考
受付年月日	年 月 日				
支給年月日	年 月 日				

※欄は市において記入します。