



重度心身障害者等医療費助成申請書

年 月 日

徳島県小松島市長 様

住 所 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

(申請者) 氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

小松島市重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第8条の規定に基づき、重度心身障害者等医療費を助成されるよう関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に係る、受領者・同一保険加入者の療養給付状況について、小松島市が保険者に回答を求めることに同意します。

重度心身障害者等医療費助成申請額			一 金		円 也
受 療 年 月			年 月 分		
受 給 者	受給者証 記号番号	徳3— 第 号	加 入 医 療 保 険	被保険者 (組合員)名	
	氏 名			記号番号	
	生年月日	年 月 日		保険者名	

助成額算定欄

本人支払額	—	附加給付額	円	=	助成額
円		療養費支給額	円		円

年 月 日

取扱者

注1 医療機関等で発行された領収書を添付してください。

2 治療用装具等についても保険給付のある場合には「療養費支給済証明書」を添付してください。