

重度障害者医療費助成金支給申請書

助成対象者記入欄	年 月 日	
	富士宮市長 住 所 氏 名	
受給者証番号	障害者氏名	
医療機関等記入欄	保 険 診 療 等 領 収 証 明	
	受診年月	年 月 分
	診療区分（該当に○）	1 医科 3 歯科 4 調剤 5 訪看護 6 柔整
	入院・外来（該当に○）	1 入院 2 外来
	診療報酬点数	点
	保険診療による一部負担金	円
	後期高齢者医療制度による一部負担金	円
	公費負担医療制度利用の有無（該当に○）	有 ・ 無
	医療機関コード	
医療機関名 （住所・名称・代表者氏名・印）	⑩	