

町 記 入 欄	自己負担額	控除額 付加給付額	支給額	備考			
	医 薬 食			(病名)			
	付加給付額の算定						
	町民税の課税状況		課税・非課税				
受 給 者 記 入 欄	重度心身障害者医療費助成金支給申請書						
	平成 年 月 日						
	河津町長様						
	住所 賀茂郡河津町 受給者氏名						
	印						
受給者証	番号	身・精・特 第 号	加入医療保険	記号 番号 保険者名	老人保健法 医療受給者証	有・無	
受診者名	氏名 生年月日	明・大 昭・平 年 月 日生	付加給付	有・無			
医 療 機 関 等 記 入 欄	保険診療等領収書 (月分)						
	保険診療 による 自己負担額	医療費分	円	老人保健法 による 自己負担額	医療費分	円	
		薬剤加算分	円		薬剤加算分	円	
		小計	円		小計	円	
	入院時食事 標準負担額	日 × 円 = 円	入院時食事 標準負担額	日 × 円 = 円			
	訪問看護療養 基本利用料	円	訪問看護療養 基本利用料	円			
	計	円	計	円			
診療期間	年 月 日から 年 月 日まで 入院 有・無 (年 月 日から 年 月 日まで)						
	平成 年 月 日						
	医療機関等	所在地 名称 代表者名				印	

(注) 印欄は医療機関が記入して下さい。