

行政 SC 受領印	課受領印
-----------	------

受給者番号 第	号
---------	---

我孫子市重度障害者医療費支給申請書

[償 還 払 い 用]

年 月 日

我孫子市長 あて

重度障害者医療費の支給を受けたいので、申請します。

申請者	⑩	住所	
受給者との関係		電話	
受給者		住所	我孫子市
生年月日		年 月 日 (歳)	

※必要添付書類 領収書原本（医療を受けた日から起算して2年以内のもの）

自己負担がある領収書の返却を希望する場合は、にを記入し、申請時に領収書原本と切手を貼り付けした返信用封筒を添付してください。なお、自己負担がない領収書は返却できません。

自己負担がある領収書の返却を希望します。

※以下、市記入欄。申請者の方は記入しないでください。

診療年月		診療日数	日	診療区分	外来 ・ 入院
保険請求総点数		点			

医療機関名

申請額	高額療養費	附加給付金	療養費	障害者医療費自己負担金	支給額

(円)