

様式第5号(第9条関係)

市 記	自己負担金	控除額・付加給付額	支給額	備考	
	円	円	円	(病名)	
入 欄	附加給付額の算定				
	市民税課税状況	課税 ・ 非課税			
受 給 者 記 入 欄	重度障害者(児)医療費助成金支給申請書 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> (宛先)湖西市長 受給者 住所 年 月分 氏名				
医 療 機 関 等 記 入 欄	受給者番号				
	受診者氏名		生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日	
	加入医療保険	記号			
		番号			
		保険者名			
	保険診療等領収書				
	保険診療による一部負担金				
	入院時食事標準負担額				
	訪問看護療養費基本利用料				
	計				
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)					
年 月 日 所在地 医療機関等 名称 代表者					



(注) 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。