様式第5号(第9条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 自己負担金 | 控除額・付加給付額 | 支給額 | 備考 |
| 円 | 円 | 円 | (病名) |
| 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　令和　　年　　月　　日　　(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　　　　　　　　　　印　 |

(注)　申請者は、記名押印に代えて署名することができます。