

										センター							
										※	1	2	3	4	5	6	
										保険区分	社会保険	船員保険	国民健康保険	国家公務員共済組合	地方公務員等共済組合	私立学校教職員共済組合	
※ 助成内訳	保 合 計 金 額	控 除 額										交 付 決 定 額					
		社 会 保 険 等 分					公 費 負 担 分							計			
		円					円					円					円
重度心身障害者医療費(療養費払)助成申請書																	
年 月 日																	
(宛先)富山市長																	
申請者 住 所																	
氏 名																	
連絡先(TEL)																	
次のとおり重度心身障害者医療費の助成を申請します。																	
受 給 資 格 番 号										加 入 保 険		記 号 ・ 番 号					
受 給 者	氏 名											保 険 種 別		政・組・船・共 国			
	生 年 月 日											保 険 者 名					
年 月分 保 険 診 療 領 収 書 (入院・入院外)																	
受 給 者 名										保 険 診 療 合 計 点 数		点		社 会 保 険 等 負 担 点 数		点	
公 費 負 担 額										円		一部負担金領収額		円			
上記のとおり領収しました。なお、上記金額には、保険診療以外は含まれていません。																	
年 月 日 医療機関等の所在地名称 開設者氏名																	
なお、支給決定額は下記の口座へ振込んでください。																	
氏 名																	
フリガナ 口座 名義	金融機関名									預金種類		当座・普通					
	店 名									店		口座番号					

- 注 1 この用紙は、医療機関等に診療金額をいったん支払い、その後で市から助成を受ける場合に使います。(県外病院等の場合)
- 2 この用紙には医療機関等から発行された領収書を添付してください。領収書がない場合は、この用紙の二重枠内を医療機関等に記入してもらってください。
- 3 振込先に、ゆうちょ銀行は指定できません。
- 4 ※欄は、市で記入します。