

第6号様式（第10条関係）

重度心身障がい者（児）医療費助成申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

申請者 住所
電話番号 ()
氏名
対象者との続柄

年 月分の重度心身障がい者（児）の医療費の助成について鎌ヶ谷市重度心身障がい者（児）医療費助成条例第8条第3項の規定により下記のとおり申請します。

記

			認定番号
対象者		生年月日	年 月 日
保険種別	国保（市）・国保（組合）・協会健保・組合健保（共済含む） 後期高齢・その他		
記号番号			
付加給付	有 無		
振込口座	1 振込指定口座 2 変更有 銀行 支店 口座番号 名義人氏名		
医療機関等の名称			

鎌ヶ谷市（障がい福祉課）記入欄

医療費総額	自己負担額	通院	入院	支給決定額
円	0円 ・ 300円	日	日	円