

- 重度心身障害者等
- ひとり親家庭等
- 子育て支援

## 医療費支給申請書

（柔道整復・あん摩・マッサージ・はり・きゅう等用）

受給者	受給資格者証番号								
	住 所	綾川町							
	氏 名								
	生年月日	大正・昭和		年		月		日	
被保険者	氏 名								

綾川町長様

令和 年 月 日

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

申請者氏名

（施術者記入欄）

療養費に係る一部負担金額の証明						
平成・令和	年	1. 社保	2. 国保	3. 後期	負 担 割 合	
	月分				1割	2割 3割
療養費の総額						円
一部負担金額(本人負担額)						円
施 術 日 数						日
証明年月日 令和 年 月 日						
医療機関等コード				施術者の資格 住所及び氏名		

町事務処理欄

本人負担額	高額療養費	附加給付額	支給決定額

受付年月日	令和 年 月 日	決裁年月日	令和 年 月 日
支給年月日	令和 年 月 日		