



心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

(宛先) 狭山市長

申請者 住 所

氏 名

電 話 ()

下記のとおり狭山市心身障害者医療費支給条例第8条第1項の規定に基づき申請します。

受給者	受給者証番号	氏名
		(生年月日 年 月 日)

区分	診療年月	医療機関名	保険診療総点数 (総医療費)	保険診療 一部負担金	備 考
外 来	年 月		点(円)	円	
	年 月		点(円)	円	
	年 月		点(円)	円	
	年 月		点(円)	円	
	年 月		点(円)	円	
	年 月		点(円)	円	
入 院	年 月		点(円)	円	(入院日数) 日
	年 月		点(円)	円	(入院日数) 日
	年 月		点(円)	円	(入院日数) 日
	年 月		点(円)	円	(入院日数) 日
	年 月		点(円)	円	(入院日数) 日
	年 月		点(円)	円	(入院日数) 日

(注) 1 この申請書は、後期高齢加入者にかかる医療費を申請する場合に記入してください。
2 申請の際は、領収書を添付してください。
