

様式第6-1号(第8条関係)

市町村	業務	受給者番号	診療月	医療機関番号	科目	入外	種別	被保	継続	計算	事由	診療年月日
2	0	1	2	2							1	1

重度障害者(児)医療費等助成申請書

福井市長 あて 令和 年 月 日

対象者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

下記のとおり領収証明書を添えて医療費等助成の申請をします。

受給者番号	保険種別	1 国保 2 退職 3 国組 4 協会 5 日雇 6 組合 7 船員 8 共済
0		

太枠の中のみ記入してください。

領 収 証 明 書 年 月 日

( 年 月分)

入院・外来区分	1 入院 2 外来 3 訪問看護	入院時食事療養費 入院時生活療養費	薬剤一部負担額
保険診療総点数	点	日分	
保険診療一部負担金	円	円	円

住所 \_\_\_\_\_

医療機関 名称 \_\_\_\_\_

(受診者) 氏名 \_\_\_\_\_

様 \_\_\_\_\_

診療科目 \_\_\_\_\_

領収書裏面添付

(注) 上記申請書欄は申請者が記入してください。  
点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。  
診療月から1年以内に障がい福祉課へ提出してください。

						負担	高額	特疾	保険率
A 総医療費	B 本人負担	C 付加給付	D 高額医療	E 他負担	F 助成額	現償	食事療養費	生活療養費	
算出基礎					薬剤負担額	支給月	総支給額		
						5			
								データ	