

様式第6-2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	4

老 重度障害者(児)医療費等助成申請書

福井市長 へ		平成 年 月 日	
対象者 住所 _____			
氏 名 _____ (印)			
生年月日 大・昭・平 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	後期高齢
0	1		

※ 太枠の中のみ記入してください。

領 収 証 明 書		平成 年 月 日	
(平成 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
(受診者)		住所	
		医療機関 名称	
		氏 名	(印)
様		診療科目	
領収書裏面添付			

- (注) ① 上記申請書欄は申請者が記入してください。  
 ② 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。  
 ③ 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	特殊	保険
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				率
					薬剤負担額	支給月	総支給額		
算出基礎						4			
								データNo.	