

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

老 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	後 期 高 齢
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
(受診者)	住所	医療機関 名称	氏名
様			
領収書裏面添付	診療科目		

(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	