

市記入欄	診療科目		診療区分	入院・外来 歯科・薬剤	自己負担額	円
					控除額	円
	診療期間				支給額	円
	附加給付額の算定	円未満切捨 円控除			助成金支給額	円

受給者記入欄	重度障害者（児）医療費助成金支給申請書					
	(宛先) 沼津市長		年 月 日	受給者証番号	第	号
	住 所	沼津市		加入医療保険		
	氏 名	Ⓜ		保 険 者		
	電 話			記 号 番 号		
	生 年 月 日	年 月 日生		被保険者の氏名		
				附 加 給 付	有 ・ 無	

医療機関等記入欄	保険診療等領収書					
	保 険 点 数	点		保険診療による自己負担金		円
	診 療 区 分	入院・外来・薬剤・歯科				円
	診 療 科 目		診療月	年 月	診療日数	日
	指定訪問看護等利用料					円
	年 月 日 医療機関等 所在地 名 称 代表者 電 話 Ⓜ					

- (注意) 1 この申請書は、受診した翌月以降に提出してください。(期限は1年です)
- 2 医療機関等記入欄の記載に当たっては、次の事項にご注意ください。
- (1) 領収金額には、保険診療以外のものは含めないでください。
 - (2) 点数で記入できない時は、金額(円)で記載してください。
 - (3) 診療月・診療区分・診療科目及び保険者ごとに分けて作成してください。