

子 ども
 青 森 市 ひとり親家庭等医療費助成額支給請求書
 重度心身障害者

年 月 日

青 森 市 長 様

(申 請 者)
 住 所
 連 絡 先
 氏 名

()

※

※本人が手書き(自署)しない場合は、記名押印してください。

年 月分の医療費の給付を申請します。

受 診 者 氏 名	生 年 月 日	続 柄	受 給 資 格 証 番 号
	年 月 日		

①	【 年 月分】 保 險 診 療 日 数 ・ 点 数 <small>(入院時食事療養費を除く)</small>	入 院	/ ~ /	他方負担	受領額		
				点	点	円	
			外 来	日	点	点	円
			柔整鍼灸	日	点	点	円
	その他	点	点	点	円		
上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。 保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称 院 長 氏 名							

②	【 年 月分】 調 剤 報 酬 日 数 ・ 点 数	日	他方負担	受領額
			点	点
上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。 保 険 薬 局 の 所 在 地 ・ 名 称 管 理 者 氏 名				

受 付	入 力	確 認	備 考