様式第９号（第４条関係）

記入例

※決裁					受付	年　月　日
					決定	年　月　日
					支給	年　月　日

※助成内訳	該当者名		助成決定額
	（該当欄をチェックして下さい） □入院（　　年　　月　　日入院） □入院外		円

重度心身障害者等医療費（一部負担金還付）
助　成　申　請　書

令和元　年　７月　１日

魚津市長　　あて

住所　魚津市釈迦堂一丁目 10 番１号
申請者　氏名　魚津　太郎　印
電話　0765-23-1005

年　　月分について
下記のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。

一部負担金還付該当者番号	富４－00123456	後期高齢者医療被保険者番号（資格証明書の番号）	

受給者	氏名	魚津　太郎	振込先	金融機関名	
	生年月日	昭和 27 年４月１日		名義人	
				口座番号	

年　　月分　　後期高齢者医療診療領収証明書（入院・入院外）					
該当者名					
保険診療合計点数	点	医療保険負担点数	点	他法による公費負担額	円
一部負担金領収額	円	左記金額には後期高齢者医療診療費以外は含まれていません。			

上記のとおり領収しました。
年　　月　　日　　医療機関等の所在地名称
開　設　者　氏　名　　㊞

（注）１　この用紙は医療機関等で後期高齢者医療制度に基づく一部負担金を支払った後、市から助成を受ける場合に使います。
２　二重枠の欄内は医療機関等で記入してもらって下さい。ただし、この欄に準じた項目の領収書があればこれに代えることができます（裏に添付）。
３　申請は診療月ごと、入院・入院外の別に行ってください。
４　※欄は市で記入します。