

第5号様式(第10条関係)

市町村記入欄	保険診療等の一部負担額		控除額 附加給付額		自己負担金 (控除額)		支給額		備考		
	円		円		円		円		(病名)		
	附加給付額の算定										
	市町村民税課税状況			課税・非課税							
受給者記入欄	重度障害者(児)医療費助成金支給申請書 年 月 日 熱海市長 あて 住所 受給者氏名 電話番号										
	受給証 受者	番 号	第 号	加入 医療 保険	記 号						
					番 号						
	受診名 受者	氏 名				保 険 名					
	生年月日	年 月 日生			附加給付		有 無				
医療機関等記入欄	保 険 診 療 等 領 収 書										
	保 険 診 療 に よ る 一 部 負 担 額		円								
	訪 問 看 護 療 養 費 基 本 利 用 料 等		円								
	計										
	※ 診療期間 年 月 日から 年 月 日まで 入院 有・無(年 月 日から 年 月 日まで)										
	年 月 日 医療機関等 所在地 名 称 代表者名 印										

(注) ※印欄は医療機関等が記入してください。

申請者は、記名押印に代えて署名することができます。