

第4号様式（第8条第1項）

重度心身障害者助成金交付申請書

年 月 日

君津市長 様

住 所

申請者 氏 名

受給者との続柄

電話番号

次のとおり重度心身障害者医療費の助成を受けたいので関係書類を添えて申請します。

受給者	受給者番号		氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	加入医療保険	1 国保 2 社保 3 国保組合 4 後期 5 その他 ( )			

◎上欄は必ず申請者が記入し、下欄は医療機関で証明を受けてください。  
(医療機関が発行する領収書の添付がある場合は、下欄の証明は不要です)

医 療 機 関 証 明 書  
( 年 月診療分)

傷 病 名	1	診 療 開 始 月	1	年	月	日
	2		2	年	月	日
	3		3	年	月	日
本月診療実数	入院 日 (入院年月日 年 月 日～ 年 月 日)	外来 日				
保険請求点数(うち自己負担金額)	入 院 ( 円)	外 来 ( 円)	手数料	円	その他	

上記のとおり証明します。

年 月 日

保険医療機関 所在地  
療養取扱機関 名称  
氏 名

