

親

※保険診療適用外の自己負担額があり、領収書原本返却希望の場合は、この申請書左側余白に「原本返却希望」とご記入ください。なお、保険診療適用外の自己負担額がなく、全額助成対象（負担者番号『81137325』）の場合、領収書原本は返却できないことをご承ください。

太枠内を記入してください。

[illegible]

★保険診療以外の医療費・入院時の食事療養費は、医療費助成の対象外です。

★一部負担金が自己上限額を超えている場合や、高額療養費に該当する場合は1ヶ月分の領収書をまとめてご申請下さい。

支払遅れ了承済

医療費総額			
一部負担金			
支給決定額	円		