様式第５号(第９条関係)　　(　　月)

心身障害者医療費支給申請書

年　　月　　日

(宛先)
輪島市長

住所
氏名
(生年月日　　年　　月　　日)

別添、領収書等のとおり医療費、施術料又は薬剤費を支払いましたので申請します。

※下記については記入の必要はありません。

決定助成額　　円

月	入　院	外　来	計	自己負担限度額等

備考