様式第5号(第7条関係)

重度心身障害者医療費助成申請書

　　年　　月　　日

　小城市長　　　　様

【申請者（助成対象者）】住所

　　 氏名

電話番号

　次のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

［申請者記入欄］

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格証記号番号 |  | 加入保険 | 被保険者氏名 |  |
| 患者との続柄 |  | 保険証記号番号 |  |
| 患者の生年月日 | 年　　月　　日 | 保険名 |  |

［医療機関等記入欄］

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険診療額(領収)証明 | | | | |
| 患者氏名 |  | | | |
| 診療月 | 年　　　月分(通院又は入院日数　　日) | | | |
| 医療区分 | 入院 | 外来 | 歯科 | 調剤 |
| 保険診療総点数 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 公費負担点数 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 保険診療一部負担額 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 訪問看護利用料 |  | 円 |  |  |
| 上記の金額を領収しました。  　　　　　年　　月　　日  医療機関等　住所  氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | | |

〔注意〕　1　申請書は、入院・外来・歯科・調剤の別、診療月ごとに作成してください。

　　　　　2　申請書は、診療月の翌月から1年以内に提出してください。

　　　　　3　健康保険証、住所、氏名に変更がある場合は、必ず届け出てください。

　　　　　4　保険診療以外の医療費については、申請できません。

　　　　　5　入院時の食事療養費は助成の対象となりません。

　　　　　6　助成額は1人につき月額500円を控除した額となります。

※申請内容と当課で保有している最新情報に相違があった場合は、その内容について確認させていただく場合がございます。

問い合わせ先／小城市高齢障がい支援課障がい者支援係　電話：0952-37-6108

［市記入欄］

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成決定額 | | | | |
| 一部負担額 | 高額療養費 | 付加給付 | 訪問看護料 | 定額負担金 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  | | | | 助成額 |
| 円 |