

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			記号番号	
患者の生年月日	年 月 日		保 険 名	
手帳の種類・等級等	<input type="checkbox"/> 身体 級 ・ <input type="checkbox"/> 療育() ・ <input type="checkbox"/> 精神 級			

[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
				(印)

- [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 加入医療保険、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。

※高額療養費や附加給付等に該当する場合は、加入している保険者からの支給決定通知書が必要です。その場合、保険者からの支給額が確定するまで医療費の助成はできませんのでご了承ください。

問い合わせ先/ 課 係 電話

[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