

重度心身障害者医療費助成金支給申請書(後期高齢者以外用)

年 月 日

西之表市長 様

申請者氏名	㊟	対象者氏名（続柄）	
申請者住所			
受給資格者証	身（身体障害者）・知（知的障害者）・重（重複障害者）		第 号
加入保険	被保険者氏名		記号・番号
他の世帯員の受診状況	氏名	病院名	支払金額 円
	氏名	病院名	支払金額 円
高額療養費支給回数 (診療月以前12月間の)	1, 2, 3, 4回以上	回	対象者生年月日 明・大 年 月 日 昭・平

医療機関等証明書（この欄はお手数ですが医療機関等で記入願います。）

診療月	年	月	分	患者氏名		
療養の給付 総点数	入院		点	療養の給付に	入院	円
	外来		点	係る一部負担金	外来	円
訪問看護療養費			円	訪問看護療養費に係る基本利用料		円
うち他法制度負担分			点	証明手数料の徴収	有（ 円）・無	
保険の種類	健保(政管・日雇・組合)・船保・国公・私学・国保(若人・退職)・地公			傷病発生原因	第三者・その他	
年 月 日						
医療機関等の所在地						
〃 名称						
開設者氏名						㊟

※支給決定伺（この欄は市で記入します。）

決裁欄	所長	次長	係長	係		
区分	一部負担金 又は基本利用料 A	高額療養費 B	附加給付額その 他の控除額 C	自己負担金 (A-B-C) D	証明 手数料 E	支給決定額 (D+E)
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
訪問 看護	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

注 意

- 1 「他の世帯員の受診状況」欄は、同一世帯の中で同月内に 21,000 円以上の医療費を支払った者がいる場合について記入してください。
- 2 「高額療養費支給回数」欄は、過去 12 月に同一世帯の中で 21,000 円以上の医療費を支払った者がいる場合、その回数を記入してください。
- 3 「医療機関等証明書」欄は、医療機関において 1 月分をまとめて記入してもらってください（なるべく診療を受けた月の翌月の 10 日以降に記入してもらってください。）
- 4 助成金の支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して 6 月以内に行ってください。
- 5 この申請書を提出されるときは、受給資格者証と印鑑を持参してください。

医療機関の方へお願い

- 1 この支給申請書は、重度心身障害者医療費助成のため必要なものですので、ご協力をお願いします。
- 2 「療養の給付に係る一部負担金」欄は、差額ベッド代等保険診療対象外の負担金は除いてください。
また、入院時食事療養に係る一部負担金も除いてください。