

重度心身障害者医療費助成申請書

年 月 日

武雄市長 様

申請者 住 所 武雄市 町大字

(受給者) 氏 名

(注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要。

次のとおり医療費の給付を受けたいので申請します。

[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	
患者氏名			保険証記号番号	
生年月日	年 月 日		保 險 名	国保・社保・その他
障 害 区 分	身体 療育 精神			

[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(入院がある場合は、入院日数 日)			
	入 院	入 院 外	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
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	(日) 円	/		(日) 円
訪 問 看 護 利 用 料				(日) 円
上記の金額を領収しました。 年 月 日				
医療機関等所在地 住 所 氏 名				
(注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要。				

- (注) 1 保険診療以外の医療費については、申請できません。
 2 精神障害者保健福祉手帳1級の方の精神病床への入院費については、申請できません。
 3 1箇月分をまとめて翌月末日までに申請してください。

[市記入欄]

給 付 決 定 額				
	一部負担額	高額療養費	付加給付	給付額
保 険 診 療	円	円	円	
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	(日) 円	/		
訪 問 看 護 利 用 料	(日) 円			
医療機関コード	銀行コード	口座番号	名 義	