重度心身障害者医療費助成申請書

※健康保険による領収書添付での申請の場合は、太枠内のみご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | 武雄市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日  　 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  　（受給者） | | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（注）押印不要  （電話番号　　　　　－　　　　　－　　　　　）　　　　　（受付印） | | |
| 資格証を見て記入 | 受給資格証記号番号 | | 助成対象者氏名 | 生年月日 |
|  | |  | 大正・昭和・平成・令和  年　　　月　　　日 |
| 加入保険 | | | |
| 加入保険の名称 | | 記号 ・ 番号 | 被保険者氏名 |
| 国保・社保・後期高齢 | |  |  |

（注）１．申請書は、診療月ごと、医療機関ごとに分けて作成してください。

　　　２．申請書は、診療月の翌月以降に提出してください。（申請期限は診療月から一年以内です。）

　　　３．加入保険・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．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。

［医療機関記入欄］

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関記入欄 | 保険診療額（領収）証明 | | | | | | |
| 患者氏名 |  | | | | | |
| 診療年月 | 令和　　　年　　　　月分 | | 通院または入院日数 | | | 日 |
| 診療区分 | １．入院 | ２.外来 | | ３.歯科 | ４．調剤 | |
| 保険診療総点数 | 点 | 点 | | 点 | 点 | |
| 公費負担点数 | 点 | 点 | | 点 | 点 | |
| 一部負担額 | 円 | 円 | | 円 | 円 | |
| 食事療養費標準負担額 | 円 |  | | 円 |  | |
| 訪問看護利用料 |  | （　　日）  円 | |  |  | |
| 上記金額を受領しました。  令和　　　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 | | | | | | |

［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 | 円 |
| 食事療養費標準負担額 | （　　　日）  円 |  | 円 |
| 訪問看護利用料 | （　　　日）  円 | 円 | 円 |
| 医療機関コード |  | 備考 | | |