様式第７号（第７条関係）

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<u>診療月から一年以内</u>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］

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　　　　　　　　　　　　　　　　印

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