

重度心身障害者医療費助成申請書

令和 年 月 日

神埼市長 様

申請者 住所

(受給者) 氏名

印

下記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 | | | 保険証記号番号 | |
| 患者の生年月日 | 年 月 日 | | 保 険 者 名 | |

[医療機関等記入欄]

| 保 険 診 療 額 (領 収) 証 明 | | | | |
|---|---------------------------|-------|-----|-----|
| 患者氏名 | | | | |
| 診療月 | 令和 年 月分 (入院がある場合は、入院日数 日) | | | |
| 区 分 | 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 | 円 | | 円 | |
| 訪問看護 利用料 | | 円 | | |
| 上記の金額を受領しました。 令和 年 月 日 医療機関等 住所 名称 氏名 印 | | | | |

*医療機関等発行の領収書(原本、保険診療点数等明細が記載されたもの)を添付する場合は、上記証明欄の記入は不要です。

[市記入欄]

| 給 付 決 定 額 | | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 区 分 | 一部負担額 | 高額療養費 | 附加給付額 | 自己負担額 | 給 付 額 |
| 保 険 診 療 | 円 | 円 | 円 | | |
| 食 事 療 養 費 標 準 負 担 額 | 円 | | 円 | | |
| 訪 問 看 護 利 用 料 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

*様式は、市ホームページ (<http://www.city.kanzaki.saga.jp/>「トップ>申請書ダウンロード」) からダウンロードできます。

の
り
し
る