

重度心身障害者医療費助成申請書

年 月 日

小城市長 様

【申請者(助成対象者)】住所
氏名
電話番号 _____

次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 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	年 月分(通院又は入院日数 日)			
医 療 区 分	入 院	外 来	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
訪 問 看 護 利 用 料		円		
上記の金額を領収しました。 年 月 日				
医療機関等 住所 氏 名				㊟

- [注意]
- 1 申請書は、入院・外来・歯科・調剤の別、診療月ごとに作成してください。
 - 2 申請書は、診療月の翌月から1年以内に提出してください。
 - 3 健康保険証、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 入院時の食事療養費は助成の対象となりません。
 - 6 助成額は1人につき月額500円を控除した額となります。

※申請内容と当課で保有している最新情報に相違があった場合は、その内容について確認させていただく場合がございます。

問い合わせ先/小城市高齢障がい支援課障がい者支援係 電話：0952-37-6108

[市記入欄]

助 成 決 定 額				
一部負担額	高額療養費	付 加 給 付	訪問看護料	定額負担金
円	円	円	円	円
				助 成 額
				円