

(表)

重度心身障害者医療費助成金支給申請書(後期高齢用)				年 月 日
(宛先) 阿久根市長				
申請者氏名		対象者氏名(続柄)		
申請者住所				
受給資格者証	身 体 ・ 知 的 ・ 重 複 ・ 精 神		第 号	
加入保険	被保険者氏名		記号・番号	

保険医療機関等証明書(この欄はお手数ですが保険医療機関等で記入願います。)

診 療 月	年 月分～ 年 月分			負 担 区 分		低Ⅰ・低Ⅱ・一般・上位・特定疾患		
高 齢 者 の 医 療 の 確 保 に 関 する 法 律 の 規 定 に よ る 医 療 総 点 数 及 び 医 療 に 係 る 一 部 負 担 金	入院	月 点 円	月 点 円	月 点 円	月 点 円	月 点 円	月 点 円	月 点 円
	外来	月 点 円	月 点 円	月 点 円	月 点 円	月 点 円	月 点 円	月 点 円
訪問看護療養費	月 円	月 円	月 円	訪問看護療養費に係る 基本利用料		月 円	月 円	月 円
	月 円	月 円	月 円			月 円	月 円	月 円
	月 円	月 円	月 円			月 円	月 円	月 円
うち他法制度負担分	点			証明手数料の徴収		有(円)・無		
処方せんを交付した医療機関の名称								
医療機関等の所在地 " 名 称 開設者氏名				年 月 日 印				

※ 支給決定伺(この欄は市で記入します。)

区 分	一部負担金又は基本利用料 A	高 額 療 養 費 B	付 加 給 付 額 その他の控除額 C	自 己 負 担 金 (A-B-C) D	証 明 手 数 料 E	支 給 決 定 額 (D+E)
入 院	円	円	円	円	円	円
外 来	円	円	円	円	円	円
薬 剤 (外 来)	円	円	円	円	円	円
訪 問 看 護	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

(裏)

注意

- 1 「保険医療機関等証明書」欄は、医療機関等において1月分をまとめて記入してもらってください。
(なるべく診療を受けた月の翌月の10日以降に記入してもらってください。)
- 2 助成金の支給申請は、診療を受け付けた月の翌月から起算して6月以内に行ってください。
- 3 この申請書を提出されるときは、受給資格者証をお持ちください。

保険医療機関等へのお願い

- 1 この支給申請書は、重度心身障害者医療費助成のため必要なものですので、御協力をお願いします。
- 2 「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による一部負担金」欄は、差額ベッド代等保険診療対象外の負担金は除いてください。また、入院時食事療養に係る一部負担金も除いてください。