様式第7号(第6条関係)

重度心身障がい者医療費助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宇城市長　　　　様  年　　月　　日  申請者　住所  氏名  電話番号  　次のとおり、　　年　　月分医療費の助成を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の記入欄 | 受給資格者氏名 | | | | | |  | | | | | | | | 受給資格者番号 | | | | | | | |  | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 加入保険 | | | | | | | 国保・社保・後期 | | | | | | |
| 当該月の他の世帯員の受診状況(高額医療費該当分のみ) | | | 氏名 | | | |  | | | | | 医療機関 | |  | | | | | | | 支払額 | | | |  | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | 医療機関 | |  | | | | | | | 支払額 | | | |  | | |
| 診療(調剤)報酬証明 | | | | | | | | | | | | | | 患者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 医療機関・保険薬局の記入欄 | 医療機関 | 診療年月 | | | 入院 | | | | 日数 | | | | 保険総点数 | | | | | | 一部負担金 | | | | | | | | | |
| 年  月分 | | | 日 | | | | 点 | | | | | | 円 | | | | | | | | | |
|
| 通院 | | | | 日数 | | | | 保険総点数 | | | | | | 一部負担金 | | | | | | | | | |
| 日 | | | | 点 | | | | | | 円 | | | | | | | | | |
|
| 上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。  　　　　　　　　年　　月　　日  医療機関コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地  　名称　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号(　　　―　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | 該当医療  他法該当に○を記入 | | | | | | | 1　該当無  2　更生医療  3　その他  (　　　　　) | |
| 調剤薬局 | 調剤年月 | | | 調剤 | | | | 日数 | | | | 保険総点数 | | | | | | | 一部負担金 | | | | | | | | |
| 年  月分 | | | 日 | | | | 点 | | | | | | | 円 | | | | | | | | |
| 上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。  　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード | | | | | | | | |  | | | | | 電話番号(　　　―　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 所在地  　　　名称　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市記入欄 |  | | 一部負担金額  ① | | | | | | | 高額療養費額  ② | | | 附加給付額  ③ | | | | 自己負担額  ④ | | | | | | | 助成額  ①－(②＋③＋④) | | | | |
| 入院 | | 円 | | | | | | | 円 | | | 円 | | | | 円 | | | | | | | 円 | | | | |
| 入院以外 | | 円 | | | | | | | 円 | | | 円 | | | | 円 | | | | | | | 円 | | | | |
| 同月　21,000円以上 | | | | | | あり・なし | | | | | | (母・父・その他)に確認 | | | | | | | 受付 | | | | | |  | | | |

　※注　助成の申請は、診療を受けた月の翌月から起算して13か月以内です。