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。