

重心

重度心身障害者医療費助成申請書

申請者記入欄

※ 太線の枠内のみ記入し、押印してください。

さくら市長 様		令和 年 月 日	
受給資格者 (申請者)		住所 _____	
		氏名 _____	
		電話 _____	
受給資格者証記号番号		被保険者氏名	
受診者	フリガナ	保険証記号番号	
	氏名	番号	
	生年月日	年 月 日	名称
振込先	銀行	支店	預金種別 普通 ・ 当座
口座名義(カタカナ)		口座番号	
一部負担金 2万1千円以上支払った家族の有無		有 ・ 無	

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄

※ 太線の枠内のみ記入し、押印してください。

保 険 診 療 証 明 書										
保険種類		国保・社保・老人		自己負担割合 1・2・3 割			特定疾病療養受療証の有無 有・無			
診療年月		保険診療合		計点数		食事療養費		薬剤費 負担額	他法 負担点数	備 考
年	月	入院日数	入院点数 (老人・円)	外来点数 (老人・円)	回数	金額 (標準負担額)				
令和	年	月	日	医療機関等 所在地						⑩
				名 称						
				氏 名						

助 成	保 険 診 療 合 計 金 額	一 部 負 担 額	控 除 額 の 内 訳				控 除 額 計	医 療 費 助 成 額
			他 法 負 担 額	高 額 療 養 費	付 加 給 付 額	そ の 他		
	円	円	円	円	円	円	円	円
内 容	老 人 保 険							
	食 事 療 養 費							
	薬 劑 費 負 担							
	計							