

様式第6号(第8条関係)

重度心身障害者医療費助成金申請書

年 月 日

多 久 市 長 様

申請者 住所 多久市 多久町
(受給者) 氏名

TEL

下記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			
患 者 氏 名		続 柄	
患者の生年月日	年 月 日		

〔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 (入院がある場合は、入院日数 日)			
	入 院	入 院 外	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 金	円	円	円	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円		円	
訪問看護利用料		円		
上記の金額を受領しました。 年 月 日 医療機関等所在地 名称 氏名 印				

〔市町村記入欄〕

給 付 決 定 額					
	一部負担金額	高額療養費	附加給付額	一部負担金額 (500円) 該当	給 付 額
保 険 診 療	円	円	円	有・無	円
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円		円		
訪問看護利用料	円	円	円		

※ 医療費が高額になった時は、重度心身障害者医療費の支給は高額療養費等確定後となりますので、約3か月後となります。

※ 口座振込先、加入保険の変更があった場合は、福祉課までお知らせください。