様式第6号(第7条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費助成申請書  年　　　月　　　日  　　　　有田町長　様  　次のとおり、重度心身障害者医療費の助成を申請します。なお、助成決定通知書については省略することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 太枠の中を申請者が記入してください。 | | 申請者記入欄 | 申請者氏名 | フリガナ | | | | | 受給者番号 | | | | |  | | | |  |
| ㊞ | | | | | 助成対象者氏名 | | | | | フリガナ | | | |
|  | | | |
| 住所 |  | | | | | 助成対象者の生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 申請者から見た助成対象者との続柄 | | | | |  | | | |
| 電話番号 | | | | | (　　)　　― | | | |
| 加入医療保険 | 記号番号 | | | | 保険種別 | | | | | | 被保険者名及び勤務先 | | | |
| 記号 | | | | 国保・協会けんぽ・組合 共済・国保組合・後期高齢 その他（　　　　　　） | | | | | | 氏名 | | | |
| 番号 | | | | 勤務先 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 医療機関等記入欄 | 保険診療額(領収)証明 | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 患者氏名 | | |  | | | | | 診察月 | | | 年　　　月分 | | | | |
| 区分 | | | 入院 | | 入院外 | | | | | 歯科 | | | | 調剤 | |
| 日数 | | | 日 | | 日 | | | | | 日 | | | | 日 | |
| 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 | |
| 訪問看護利用料 | | |  | | 円 | | | | |  | | | |  | |
| 上記の金額を受領いたしました。  　　　　　　年　　月　　日  医療機関等　所在地  名称  代表者名　　　　　　　　　　　㊞  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 町記入欄 | 給付決定額 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | | | 一部負担金 | 高額療養費等 | | | | | 更生医療・付加給付等 | | | | 端数 | | 給付額 |
| 保険診療 | | |  |  | | | | |  | | | |  | |  |
| 訪問看護利用料 | | |  |  | | | | |  | | | |  | |  |
| 個人負担額(500円／月) | | |  |  | | | | |  | | | |  | | △ |
| (注)この申請書は、診療月の翌月末日までに提出してください。 | | | | | | | | | | | 合計 | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |