

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。

大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	勤務先	
番号					

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		