（様式第6号）

重度心身障害者医療費助成申請書

年　　月　　日

大町町長　　　　　様

申請者　住所大町町大字

（受給者）氏名　　　　　　　　㊞

電話番号

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 |  | 加入保険 | 被保険者氏名 |  |
| 患者との続柄 |  | 保険証記号番号 |  |
| 患者の生年月日 | 年　　月　　日 | 保険名 | 国保・社保等  後期高齢 |

[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 |
| 保険診療一部負担額 | 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　住所  氏名　　　　　　　　㊞ | | | | |

[市町村記入欄]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 給付決定額 | | | |
|  | 一部負担額 | 高額療養費 | 附加給付額 | 給付額 |
| 保険診療 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 食事療養費  標準負担額 | 円 | 円 | 円 |
| 訪問看護  利用料 | 円 | 円 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込銀行 | | 口座番号 | 名義人フリガナをかならず記入 |
| 銀行 | 支店 |  |  |
|  |  |