

申請者記入欄

(障) 重度心身障害者医療費等支給申請書

年 月 日

上里町長 様

申請者 住所 上里町大字

氏 名

電 話

下記のとおり、上里町重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定に基づき医療費を申請します。
また、医療費の支給において、医療機関及び保険者等に給付状況等を確認することに同意します。

受 給 者	受給者証番号	加 入 医 療 保 険	被保険者名 又は世帯主	国保・健保・共済 全国健康保険協会 _____ 支部 記号・番号
	ふりがな		名 称	
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	記 号 ・ 番 号	
申請額が21,000円以上の場合		今回申請分以外で、同月にご本人または同じ保険に加入しているご家族が保険診療分の医療費を21,000円以上支払いましたか。		はい ・ いいえ

(注) 上部申請書欄は、申請者が必ず記入してください。

医療機関記入欄

領 収 書				入院 日	外来 日												
¥ _____ ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 _____ 円含む。) (入院時食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。) <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 30%;">保険診療総点数</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">点</td> <td style="width: 30%;">他法負担分点数</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">点</td> </tr> </table>						保険診療総点数	点	他法負担分点数	点								
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点														
入院時食事療養標準負担額 ¥ _____ (算定数 _____ 食)				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">県コード</td> <td style="width: 10%;">点数表</td> <td colspan="4">医療機関コード</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		県コード	点数表	医療機関コード									
県コード	点数表	医療機関コード															
※入院時食事療養標準負担額は18歳年度末までが支給対象です。 医療機関等所在地(住所) 証明日 年 月 日 (受診者) _____ 様 氏 名 _____ 印																	

- (注) 1 上部領収書欄は、医療機関等記入欄です(領収書を一緒に提出する場合は記入不要です)。
 2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
 3 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額で記入してください(単位は円とすること)。
 4 同年月に同一の医療機関で入院と外来がある場合は、1枚ずつ証明が必要です。

処 理 欄	保険診療一部負担金	療 養 費	高 額 療 養 費	附 加 給 付 額	支 給 決 定 額
	円	円	円	円	
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	非課税・90日超	領収書枚数	
	円× 食 = 円	円× 食 = 円	円× 食 = 円	枚	円