

申請者記入欄

障 重度心身障害者医療費等支給申請書(精神通院医療費)

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	重度心身障害者 受給者証番号		加入医療保険	被保険者名 又は世帯主	
	自立支援医療 受給者証番号			名 称	_____ 国保・健保・共済・後期
	ふりがな				全国健康保険協会_____支部
	氏名			記号・番号	
	生年月日	年 月 日			

今回申請する診療年月の自己負担上限額管理表票の写しを添付しましたか。

はい

今回申請分と同じ診療年月に、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

外来 日

¥ _____ (自立支援医療(公費21・精神通院医療)適用診療分のみ記入)

ただし、年 月分 保険診療一部負担金

保険診療点数 (自立支援医療(公費21・精神通院医療)適用診療分のみ記入)	_____ 点
--	---------

証明日 年 月 日

医療機関等所在地(住所)

名称

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 点数で記入できない場合は、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)。
3 自立支援医療(公費21・精神通院医療)が適用されていない診療分は、支給対象外です。

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	円