

申請者記入欄

(障) 重度心身障害者医療費支給申請書
 令和 年 月 日
 上里町長様
 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項の規定に基づき請求します。

受給者	ふりがな	
	氏名	年 月 日生
	受給者証 記号番号	

(注)上記申請書欄は、申請者が必ず記入して下さい。

医療機関記入欄

助成請求金額	入院	年 月分	保険診療一部負担金	日数	日
				総点数	点
				負担金の額	円
				回数	回
				負担金の額	円
	外来	年 月分	保険診療一部負担金	日数	日
				総点数	点
				負担金の額	円
	その他				円
	合計				円
医療機関名			県コード	点数表	医療機関コード

(注)この請求書は、後期高齢者医療制度加入者にかかる医療費を請求する場合に記入してください。

診療一部負担金	薬剤又は療養費	高額療養費	付加給付額	支給決定額
円	円	円	円	円
入院時食事療養標準負担額 260円 × 食= 円	市町村民税非課税Ⅱ 210円 × 食= 円	市町村民税非課税Ⅱ(90日超) 160円 × 食= 円	市町村民税非課税Ⅰ 100円 × 食= 円	加入保険 種類別 領収書枚数 1. 証明 2. 領収書
生活療養標準負担額(一般) 460円 × 食= 円	生活療養標準負担額(低Ⅱ) 210円 × 食= 円	生活療養標準負担額(低Ⅰ②) 130円 × 食= 円	生活療養標準負担額(低Ⅰ①) 100円 × 食= 円	生活療養標準負担額(一般Ⅱ) 420円 × 食= 円