

重度心身障害者医療費助成金支給申請書

( 後期高齢者用 )

年 月 日

垂水市長 殿

申請者氏名		対象者氏名(続柄)	
申請者住所	垂水市		
障害の別	身体・知的・精神・重複	受給資格者証番号	
加入保険	被保険者氏名	記号・番号	

医療機関等証明書(この欄はお手数ですが、医療機関等で記入願います。)

診療月	年 月 日 ~ 年 月 日					
高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)の規定による医療総点数	入院	点	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に係る一部負担金	入院	区分	一般・低所得・低所得かつ老福年金・特定疾患
				金額		円
	外来	点		外来	区分	病200・病200未満・診定率・診定額( 円× 回)
				金額		円
訪問看護療養費		円	訪問看護療養費に係る基本手数料	区分	定率制・定額制( 円× 日)	
				金額		円
うち他法制度負担分		点	証明手数料の有無 有( 円) ・ 無			
処方箋を交付した医療機関の名称						
医療機関等の所在地						
〃 名称						
開設者氏名						
年 月 日						
印						

※支給決定伺(この欄は市で記入します。)

決 裁 欄	所 長		次 長		係 長		係		台 帳	
区 分	一部負担金又は基本利用料 A	高額医療費 B	付加給付額その他の控除額 C	自己負担額 (A-B-C) D	証明手数料 E	支給決定額 (D+E)				
入 院	円	円	円	円	円	円				
外 来	円	円	円	円	円	円				
薬 剤	円	円	円	円	円	円				
訪問看護	円	円	円	円	円	円				
計						円				

注 この申請書を提出されるときは、受給資格者証を持参ください。

(裏面)

注意

- 1 「医療機関等証明書」欄は、医療機関等において1月分をまとめて記入してもらってください(なるべく診療を受けた月の翌月の10日以降に記入してもらってください。)
- 2 助成金の支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して24月以内に行ってください。

医療機関等へお願い

- 1 この支給申請書は、重度心身障害者医療費助成のため必要なものですので、御協力をお願いします。
- 2 「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に係る一部負担金」欄は、差額ベッド代等保険診療対象外の負担金は除いてください。  
また、入院時食事療養に係る一部負担金も除いてください。