

益城町重度心身障害者医療費助成申請書

益城町長 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号 (- -)

下記のとおり、 年 月分医療費の助成を申請します。

申請者の記入欄	受給資格者氏名		生年月日	年 月 日	受給資格者番号	
	当該月の他の世帯員の受診状況 (高額療養費該当のみ)	氏名		医療機関	支払額	円
		氏名		医療機関	支払額	円
		氏名		医療機関	支払額	円
医療機関等の記入欄	診 療 月	年 月 分	患 者 氏 名			
	診 療 区 分		1 入院 2 外来 3 歯科 4 その他			
	公 費 負 担		有 (法別番号) ・ 無			
	診 療 日 数	日	左記のとおり受領しました。			
	診 療 総 点 数 <small>※柔整等の場合は、総医療費を記載し、点を円に修正すること。</small>	点	年 月 日			
	院 外 処 方	有 ・ 無	医療機関番号			
	診療報酬一部負担金受領額 <small>(入院時食事療養費に係る定額負担金を除く)</small>		所在地			
			名 称			
			氏 名			
			電 話 番 号			
		印				
院外処方有りのとき		左記のとおり受領しました。				
処方箋発行		年 月 日				
医療機関名		(薬局) 医療機関番号				
処方回数	回	所在地				
保険内総点数	点	名 称				
診療報酬一部負担金受領額		氏 名				
		電 話 番 号				
		印				
町記入欄	一部負担金の額 ①	高額療養費の額 ②	附加給付額 ③	自己負担額 ④	助 成 額 ① - (② + ③ + ④)	
	円	円	円	円	円	

注1 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費等の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付してください。

注2 医療機関等の証明に代えて、医療点数等の記載のある領収証の添付による申請もできます。