|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 受付番号 | 号 |
| 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  　　龍郷町長　殿 | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | 印 | | 対象者氏名（続柄） | | |  | | |
| 申請者住所 | 大島郡龍郷町　　　　　　　　　　　番地 | | | | | | | |
| 受給資格者証 | 身（身体障害者）・知（知的障害者）・重（重複障害者）第　　　　　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　　　月分（　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | |
| 高齢者の  医療の確  保に関す  る法律の  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・低所得世帯・ | 低所得世帯かつ老  齢福祉年金受給者 | | ・特定疾病 |
| 金額 | | 円 | | | |
| 外来 | 点 | 外来 | 区分 | | 病200以上・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  基本利用料 | | | 区分 | | 定率制・定額制（　　　円×　　　日） | | | |
| 金額 | | 円 | | | |
| うち他法制度負担分 | | 点 | 証明手数料徴収の有無 | | | | 有（　　　　）円　・　無 | | | | |
| 処方せんを交付した医療機関の名称 | | | |  | | | | | | | |
| 年　　月　　日  　　医療機関の所在地  　　　〃　　名　称  　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | |

　※支給決定伺（この欄は市町村で記入します。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 一部負担金又は  基本利用料  Ａ | 高額医療費  Ｂ | 附加給付額その  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 |
| 訪問看護 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 計 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

　（注）

１　この申請書を提出されるときは、受給資格者証をお持ちください。

　　２　申請者は、記名押印に代えて署名することができます。

　３　この申請書を提出されるときは、受給資格者証をお持ちください。