|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 | 　号 |
| 重度心身障害者医療費助成金支給申請書（後期高齢者以外用）年　　月　　日　　　　龍郷町長　　　　　殿 |
| 申請者氏名 |  | 対象者氏名（続柄） |  |
| 申請者住所 |  |
| 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 |  |
| 他の世帯員の受診状況 | 氏名 |  | 病院名 |  | 支払金額 | 円 |
| 氏名 |  | 病院名 |  | 支払金額 | 円 |
| 高額療養費支給回数（診療月以前12月間の） | 1,2,3,4回以上　　回 | 対象者生年月日 |  | 　　　年　　　　月　　　　日 |

　　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 | 患者氏名 |  |
| 療養の給付総点数 | 入院 | 点 | 療養の給付に係る一部負担金 | 入　　院 | 円 |
| 外来 | 点 | 外　　来 | 円 |
| 訪問看護療養費 | 円 | 訪問看護療養費に係る基本利用料 | 円 |
| うち他法制度負担分 | 点 | 証明手数料の徴収 | 　　　有（　　　　　　円）・無 |
| 保険の種類 | 健保(政管･日雇･組合)･船保･国公･私学･国保(若人・退職)･地公 | 傷病発生原因 | 第三者・その他 |
| 年　　月　　日　　　医療機関等の所在地　　　　〃　　　名　称　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　※　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 | 高額療養費　　　　　Ｂ | 附加給付額その他の控除額　　　　　Ｃ | 自己負担金（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　（医療機関等証明書欄）は、医療機関等で一月分をまとめて記入してもらってください。

2　 助成金支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して六月以内に記入してもらってください。

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。