|  |
| --- |
|  |

重度心身障害者医療費支給申請書

年　　月　　日

　　　杵築市長　　　　　様

　　下記のとおり、医療費の支給を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※　申　請　者 | 支給対象者氏名 | 受給者氏名印　 |
| 受給者住所　㊞　　 　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　）　　　　 |
| 受給者証記号番号 | 被保険者証記号番号 | 加入保険名称国・社・共・組・（　　　） |
| 医　　　療　　　機　　　関 | 診　　療　　報　　酬　　証　　明　　書 |
| 診療月 | 年　　月分 | 患者氏名　　　　　　　　　男・女 |
| 保険診療総額 | 入院　　　　　　　 円外来　　　　　　　 円 | 医療機関の所在地・名称 |
| 他法公費負担額 | 円 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　印 |
| 保険診療自 己 負 担 額 | 円 | 世帯区分 | 一般・非課税世帯 |
| 杵　築　市 | 支　　　　　給　　　　　決　　　　　定 |
| 一部負担額（Ａ） | 付加給付（Ｂ） | 支給額（Ｃ＝Ａ－Ｂ） |
| 円 | （高額医療費）　　　　　円 | 円 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　　（注）　※印の欄は、申請者が記入すること。