|  |
| --- |
|  |

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。