

重度心身障がい者医療費助成申請書										
菊池市長様										
年 月 日										
申請者 住所										
氏 名										
電話番号										
下記のとおり、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				受給資格者番号	
	該当月の 他の世帯員の 受診状況 (高額医療費 該当のみ)	氏名		医療機関				支払額		円
		氏名		医療機関				支払額		円
医療機関等の記入欄	診療月		年 月分			患者氏名				
	入院	日数	診療点数			一部負担金額				
		日	点			円				
	通院 柔整等	日数	診療点数（施術等合計金額）			一部負担金額				
		日	点（円）			円				
	上記の保険適用の一部負担金を受領しました。									
	年 月 日									
	医療機関（柔整等）所在地									
	名 称									
	氏 名 ⑩									
調 剤		総点数		点		一部負担金額		円		
上記の保険適用の一部負担金額を受領しました。（院外処方箋）										
年 月 日										
調剤薬局 所在地										
名 称										
氏 名 ⑩										
市記入欄	資格	後期・前期・一般			公費区分	更・自・育・その他（ ）				
		現役・一般・低Ⅱ・低Ⅰ								
	種別	一部負担の額 ①		高額医療費の額 ②		付加給付額 ③	自己負担額 ④	助 成 額 ①－(②＋③＋④)		
	入院	円		円		円	2,040 円	円		
	通院	円		円		円	1,020 円	円		
	調剤	円		円		円		円		
注 1 ※印のある欄は、申請者で記入してください。 注 2 医療機関欄は、受診した翌月の 10 日以降に病院等に依頼記入してもらってください。							合 計		円	
注 3 医療保険各法の規定に基づき、高額医療費の支給を受けることができる場合は、高額医療費決定通知書等を添付してください。										
注 4 市役所への申請は、診療月の翌月から 1 年以内が期限となります。										