

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 (高額療養費 該当分のみ)	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 現役・一般・低Ⅱ・低Ⅰ			公費区分		更・自・育・その他（ ）		
		種別	一部負担の額 ①		高額療養費の額 ②		付加給付額 ③		自己負担額 ④	
入院		円		円		円		2,000 円		円
通院		円		円		円		1,000 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。 注3 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給を受けることができる場合は、高額療養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。								合 計		円