

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 菊池市

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	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 ㊟								
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 ㊟									
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					
	合 計				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。