

重度心身障害者医療費助成申請書

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印してください。

年 月 日

芳賀町長 様

受給資格者 住所
(申請者)

氏名



電話

〔町長が、県補助金申請のため私と同じ医療保険に加入している者全員の町民税課税状況を調査することに同意します。〕

受給資格証記号番号		加入 保険	被保険者氏名							
			保険証記号番号							
受診者	氏名			番号						
	生年月日									
	年 月 日	年 月 日	名称							
振込先		*振込口座を変更する場合のみ記入してください。								
		金融機関		店名			預金種別 普通・当座			
		(フリガナ)								
		口座名義		口座番号						
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無										有・無

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印してください。
点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。

保 険 診 療 証 明 書											
保険種類	国保・社保・その他			自己負担割合 1・2・3 割			特定疾病療養受領証の有無 有・無				
診療年月	保険診療合計点数						食事療養費		他法負担点数	備 考	
年 月	入院日数	入院点数	外来点数			日数	金額 (標準負担額)				
年 月 日										医療機関等 所在地 名称 氏名	
										印	

	保険診療合計金額 ①	一部負担金 ②	控除額の内訳					食 事 療 養 費	控除後 の 額 ②-④	保険診療合計金額の1割の額※ ①×1/10-③	医療費 助成額
			他 法 負 担 額	高 額 療 養 費	附 加 給 与 額	自 己 負 担 控 除 額 ③	控 除 額 計 ④				
助成	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
内容											
計											

※ 受給権者が65歳から74歳の場合に記入する(保険種類が後期高齢者医療である場合を除く。)

証明料 円 領収しました。

医療機関名 印