様式第７号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 甲佐町重度心身障がい者医療費助成申請書 |
|  甲 佐 町 長 様 　　 年 月 日 申請者 住 所  　　　　氏 名 ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　（年齢　　　　歳）下記のとおり、　　 　 年 　 月分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 |  | 受給資格者番号 |  |
| 当該月の他の世帯員の受診状況（高額療養費当該分のみ） | 氏名 |  | 医療機関 |  | 支払額 | 円 |
| 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 | 医 療機関 | 診察月 | 　　 年 月診療分 | 患者氏名 |  |
| 入院 | 日数 | 日 | 総点数 | 点 | 定率一部負担金 | 円 |
| 通院 | 日数 | 日 | 総点数 | 点 | 定率一部負担金 | 円 |
| 薬剤一部負担金 | 円 |
| 上記の一部負担金額を受領しました。 　　 年 月 日 所在地 名 称 氏 名  |
| 調剤薬局 | 調剤 | 日数 |  日 | 総点数 | 点 | 定率一部負担金 |  円 |
| 薬剤一部負担金 | 円 |
| 上記の一部負担金を受領しました。 | 処方医療機関名 |  |
|  　　 年 月 日  所在地 名 称 氏 名  |
| 市町村記入欄 |  一部負担金額 ① |  高額療養費額 ② |  附加給付額 ③ |  自己負担額 ④ |  助成額①－（②+③+④） |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

（注）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

　　　費決定通知書を添付してください。