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。