|  |
| --- |
| 苓北町重度心身障害者医療費助成申請・請求書 |
| 年　　月　　日　　苓北町長　様 |
| 　 | 申請者(扶養義務者) | 住所　苓北町氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 　下記のとおり、　　　　年　　月分医療費の助成を申請・請求します。 |
| ※申請者記入欄 | 受給資格者氏名 | 　 | 後期高齢者医療 | 受給資格者番号 | 　 |
| 有・無 |
| 該当月の他の世帯員の受診状況(高額医療費該当分のみ) | 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 | 負　担　区　分 | 日数 | 診療点数 | 診療(調剤)報酬一部負担金額 |
| 保険給付 対象費用 | 日 | 点 | 円 |
| 自立支援医療等 本人負担額 | 日 | 点 | 円 |
| 外来 | 負　担　区　分 | 日数 | 診療点数 | 診療(調剤)報酬一部負担金額 |
| 保険給付 対象費用 | 日 | 点 | 円 |
| 自立支援医療等 本人負担額 | 日 | 点 | 円 |
| 　上記の一部負担金額を受領しました。年　　月　　日　　医療機関　所在地　　　　　　名称　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印 |
| ＊医療機関コード | 　 |
| 調剤 | 負　担　区　分 | 日数 | 診療点数 | 診療(調剤)報酬一部負担金額 |
| 保険給付 対象費用 | 日 | 点 | 円 |
| 自立支援医療等 本人負担額 | 日 | 点 | 円 |
| 　上記の一部負担金額を受領しました。　　　　　　　(院外処方)年　　月　　日　　調剤・薬局　所在地　　　　　　　名称　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印 |
| ＊医療機関コード | 　 |
| 町記入欄 | 種別 | 一部負担金額① | 高額療養費② | 附加給付額③ | 自己負担額④ | 助成額①－(②＋③＋④) |
| 入院 | 　 | 　 | 　 | 　２，０４０円 | 　 |
| 外来 | 　 | 　 | 　 | 　１，０２０円 | 　 |
| 調剤 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 注1　※印のある欄は、申請者が記入してください。注2　医療保険各法の規程に基づき、高額医療費の支給を受けることができる場合は、高額療養費支給決定通知書等を添付してください。注3　町への申請は、診療月の翌月から1年以内が期限となります。注4　自立支援医療等とは、更生医療、育成医療、精神通院 等です。 | 　 |
| 　 |