|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |