様式第６号（第７条関係）

**重度心身障害者医療費助成申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

江北町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受給者）氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）

　下記のとおり医療費の給付を受けたいので申請します。

[申請者記入欄]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格証  記号番号 |  | 加入保険 | 記号・番号 | － |
| 患者氏名 |  | 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 |  | 保険者番号 |  |
| 保険種別 | 国保・社保・その他 |

　注意事項　　※ この申請書は、医療機関ごと（入院、入院外、歯科、調剤は別）、月ごとに１枚必要です。

※ 医療費を支払った月の翌月から１年以内に申請してください。

[医療機関等記入欄]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険診療額（領収）証明 | | | | |
| 患者氏名 |  | | | |
| 診療月 | 年　　　　　　月分（入院がある場合は、入院日数　　　　日） | | | |
| 診療区分 | 入　院 | 入院外 | 歯　科 | 調　剤 |
| 保険診療総点数 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 他法公費負担点数 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 保険診療  一部負担額 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 訪問看護利用料 |  | 円 |  |  |
| 上記の金額を受領しました。  　　年　　　月　　　日  医療機関等　所在地  名　称  代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |

[町記入欄]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 給付決定額 | | | | |
| 総医療費 | 一部負担金 | 高額・附加・公費 | 自己負担額 | 給付決定額 |
| 保険診療 | 円 |  | 円 | 円 | 円 |
| 訪問看護利用料 | 円 |  | 円 | 円 |

**重度心身障害者医療費助成申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

江北町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受給者）氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）

　下記のとおり医療費の給付を受けたいので申請します。

[申請者記入欄]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格証  記号番号 |  | 加入保険 | 記号・番号 | － |
| 患者氏名 |  | 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 |  | 保険者番号 |  |
| 保険種別 | 国保・社保・その他 |

　注意事項　　※ この申請書は、医療機関ごと（入院、入院外、歯科、調剤は別）、月ごとに１枚必要です。

※ 医療費を支払った月の翌月から１年以内に申請してください。

[医療機関等記入欄]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険診療額（領収）証明 | | | | |
| 患者氏名 |  | | | |
| 診療月 | 年　　　　　　月分（入院がある場合は、入院日数　　　　日） | | | |
| 診療区分 | 入　院 | 入院外 | 歯　科 | 調　剤 |
| 保険診療総点数 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 他法公費負担点数 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 保険診療  一部負担額 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 訪問看護利用料 |  | 円 |  |  |
| 上記の金額を受領しました。  　　年　　　月　　　日  医療機関等　所在地  名　称  代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |

[町記入欄]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 給付決定額 | | | | |
| 総医療費 | 一部負担金 | 高額・附加・公費 | 自己負担額 | 給付決定額 |
| 保険診療 | 円 |  | 円 | 円 | 円 |
| 訪問看護利用料 | 円 |  | 円 | 円 |