担当者印者印

確認印

様式第７号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 南関町重度心身障害者医療費助成申請書 |
| 　　　　　　　年　　月　　日 　　　南関町長　　　　　様住所　南関町大字　　 　　　　　　　番地　申請者 　　　　 　　　　　　　 氏名 　　　　 　 ㊞　住所　　　　　　番地氏名　　　　　　　　印　下記のとおり、　　　　　年　　　月分の医療費の助成を申請します。 |
| 申請者記入欄 | 受給資格者氏名 |  | 受給資格番号 |  |
| 当該月の他の世帯員の受診状況（高額療養費該当分のみ） | 氏名 |  | 医療機関 |  | 支払額 | 円 |
| 氏名 |  | 医療機関 |  | 支払額 | 円 |
| 氏名 |  | 医療機関 |  | 支払額 | 円 |
| 医　　療　　機　　関　　等　　の　　記　　入　　欄医療機関等の記入欄 | 医　　療　　機　　関 | 診療月 | 　　　　　　年　　　　月分 | 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 |
| 訪問看護 | 日数 | 日 | 総点数 | 点 | 訪問看護一部負担金 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　 |
| 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 |
| 　上記の一部負担金額を受領しました。 | 処方医療機関名 |  |
| 　　 　　　　　年　　　月　　　日所在地　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　 |
| 町記入欄 | 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）診療日並びに診療点数のわかる領収書を添付して下さい。

　　　　医療保険各法の規定に基づき、高額医療費の支給を受けることができる場合は、高額医療費決定通知書等を添付して下さい。