

(受付印欄)

基山町重度心身障害者医療費助成申請書 ( 月分)

令和 年 月 日

基山町長 松田 一也 様

申請者 住 所  
氏 名

印 (電話 ー )

下記のとおり医療費の給付を受けたく申請します。

[申請者記入欄]

|             |      |       |                            |                     |  |
|-------------|------|-------|----------------------------|---------------------|--|
| 対<br>象<br>者 | 氏 名  |       | 加<br>入<br>医<br>療<br>保<br>険 | 世帯主・被保険者<br>・組合員 氏名 |  |
|             | 生年月日 |       |                            | 記 号 番 号             |  |
|             | 性 別  | 男 ・ 女 |                            | 名 称                 |  |

[医療機関等記入欄]

| 保 険 診 療 額 領 収 証 明           |                        |       |     |     |   |
|-----------------------------|------------------------|-------|-----|-----|---|
| 診 療 月                       | 年 月分 (入院がある場合は、入院日数 日) |       |     |     |   |
|                             | 入 院                    | 入 院 外 | 歯 科 | 調 剤 |   |
| 保 険 診 療 総 点 数               | 点                      | 点     | 点   | 点   | 点 |
| 公 費 負 担 点 数                 | 点                      | 点     | 点   | 点   | 点 |
| 保 険 診 療 一 部 負 担 額           | 円                      | 円     | 円   | 円   | 円 |
| 訪 問 看 護 利 用 料               |                        | 円     |     |     |   |
| 上記の金額を領収しました。<br>年 月 日      |                        |       |     |     |   |
| 医療機関等 所 在 地<br>名 称<br>代表者氏名 |                        |       |     | 印   |   |

[町記入欄] ※この欄は記入しないで下さい。

| 給 付 決 定 額     |           |           |                   |           |       |
|---------------|-----------|-----------|-------------------|-----------|-------|
|               | 一 部 負 担 額 | 高 額 療 養 費 | 高 額 介 護 合 算 療 養 費 | 附 加 給 付 額 | 給 付 額 |
| 保 険 診 療       | 円         | 円         | 円                 | 円         | 円     |
| 訪 問 看 護 利 用 料 | 円         | 円         | 円                 | 円         |       |

注意 1 保険診療以外の医療費及び食事療養に関するものについては申請出来ません。

注意 2 診療月の翌月から1年以内までに申請してください。

(1月分をまとめて、翌月末日までに申請をお願いします。)

注意 3 当該月に高額療養費(高額介護合算療養費)又は附加給付の支給を受けているときは、基山町重度心身障害者医療費受給に係る高額療養費等受給状況申出書又は基山町重度心身障害者医療費受給に係る附加給付受給状況申出書もあわせて提出してください。