

重度心身障害者医療費助成申請書

年 月 日

白石町長 様

申請者（受給者） 住所
氏名
(電話番号 _____)

次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]

受給資格証記号番号		白石町 ー
加入保険	被保険者氏名	(続柄： _____)
	保険証記号番号	
	保険者名	
手帳の種類・等級等		☐ 身体 級 ・ ☐ 療育() ・ ☐ 精神 級

- (注) 1. 申請書は、入院、入院外、歯科、調剤別に診療月ごと、医療機関ごとに1枚ずつ作成してください。
2. 申請書は、診療月の翌月以降に提出してください。(申請期限は診療日から一年以内です。)
3. 健康保険証・住所・氏名に変更がある場合は、必ず届け出てください。
4. 保険診療以外の医療費については、申請できません。
5. 精神障害者保健福祉手帳1級の方の精神病床への入院については、申請できません。
6. 白石町の国保・後期高齢以外の保険に加入されていて、高額療養費が発生する場合は、給付額が分かるものを添付してください。

[医療機関等記入欄]

保険診療額(領収)証明				
患者氏名		生年月日	年 月 日	
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
公費負担点数	点	点	点	点
保険診療一部負担金	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 _____ ㊞				

[町記入欄]

	給付決定額				
	保険診療費	公費負担金	一部負担金	高額療養費	支給決定額
保険診療	円	円	円	円	円
訪問看護利用料	円	円	円	円	