様式第6号(第7条関係)　　　　　　　　　　　　　　　　　（世帯コード　　　　　　　　　　　　）

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　　　　― |
| 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 |