様式第6号(第7条関係)

□　２枚目以降

（下記※は記入不要）

重度心身障がい者医療費助成申請書

　　年　　月　　日

　　伊万里市長　　　　様

申請者(受給者)

住所※

氏名

受給資格証の記号・番号

(代理人氏名※　　　　　　　　　　続柄　　　）

電話番号※

　下記のとおり医療費の助成を受けたく申請します。

〔申請者記入欄〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加入医療保険 | 患者の生年月日※ | 年　　月　　日 |
| 被保険者氏名※ | □　申請者に同じ　　□　その他(　　　　　　　　) |
| 被保険証の記号・番号※ |  |
| 保険種別※ | 国保・協会・組合・共済・後期高齢・その他(　　　　) |

〔医療機関等記入欄〕　　食事療養費に関する費用は除いて記入をお願いします。

|  |
| --- |
| 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) |
| 区分 | 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 |
| 保険診療一部負担額 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 訪問看護基本利用料 | 　 | 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　　氏名　　　　　　　　　　印電話番号(　　　　　　　　　) |

備考　申請者氏名については、自筆による署名又は記名押印のいずれかとすること。

〔助成決定欄〕これより下の欄は記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成額小計 |  | 市受付印 |
| 円 |  |  |
| 助成額合計 |  |  |
| 円 |  |  |