

※医療費助成の申請期間は、  
診療を受けた翌月から1年以内です。

**様式第4号**

**重度心身障害者医療費助成申請書**

**申請者記入欄**

※太線の枠内のみ記入してください。

年 月 日

高根沢町長 様

受給資格者 住所

(申請者) 氏名

電話

受給資格者証 記号番号			加入保険	被保険者氏名								
受診者 氏 名				被保険者等記号・番号								
生年月日	年 月 日	保 险 者 番 号		番 号								
振込先		銀行		支店	預金種別	普通・当座						
		(刈がナ)		口座番号								
		口座名義										
		一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無		有・無								

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

**医療機関等記入欄**

※太線の枠内のみ記入してください。  
点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。

**保険診療証明書**

保険種別	国保・社保・後期高齢者医療			自己負担割合	1・2・3割	特定疾病療養受領証の有無	有・無	
診療年月	保 险 診 療 合 計 点 数					他法負担点数		備 考
年 月	入院 日 数	入 院 点 数			外 来 点 数			
年 月 日								
医療機関等 所在地 名 称 氏 名								

助 成 内 容	保険診療 合計金額 ①	一部 負担金 ②	控除額の内訳						控除後 の額 ②-④	保険診療合 計額の1割の 額※ ①×1/10-③	医療費 助成額
			他法 負担額	高額 療養費	付加 給付額	自己負担 控除額③	その他の 控除額④	控除額計 ④			
円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
計											

※ 受給権者が65歳から74歳の場合に記入する（保険種類が後期高齢者医療である場合を除く）。