

※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。											
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							
						被保険者等記号・ 番号							
受診者	氏名				保険者	番号							
	生年月日		年 月 日			名称							
振込先		銀行 支店 預金種別 普通・当座 (フリガナ) 口座名義 口座番号											
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		保険診療合計点数								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	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）。