

(記入例) 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										〇 年 〇 月 〇 日														
受給資格者 (申請者)										住所 栃木県高根沢町〇—〇—〇														
氏名 栃木 太郎 印										電話 〇 2 8 — 〇 〇 〇 — 〇 〇 〇 〇														
受給資格者証 記 号 番 号					〇 〇 〇					加入保険					被保険者氏名					栃木 太郎				
被保険者等記号・ 番 号					〇 〇 〇 — 〇 〇 〇										被保険者氏名					〇 〇 健康保険組合				
受診者		氏 名			栃木 太郎			加入保険			保 険 者		番 号		1	2	3	4	5					
		生 年 月 日			〇 年 〇 月 〇 日			保 険 者		名 称		〇 〇 健康保険組合												
振 込 先					〇〇〇 銀行・信金・信組・農協 〇〇 本店・支店・本所・支所・出張所 (フリガナ) トキダ タロウ 預金種別 普通 ・ 当座 口座名義 栃木 太郎 口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇																			
一部負担金 2 万 1 千円以上支払った家族の有無										有 ・ 無														

申請にあたっての注意

1. 受信者名、保険点数、負担割合が明記されている領収書を添付してください。(糊付けはしないでください) 領収書は、医療機関ごとにわけ、日付順にそろえて提出してください。
2. 1回の申請につき1枚申請書が必要となります。

3. 領収書をなくした場合や保険点数等が不明な領収書につきましては、医療機関ごとに、この申請書に保険診療証明を受けてください。証明手数料は自己負担となります。

4. 1ヶ月の医療費について右に示す額を超えて支払ったときは、高額療養費に該当しますので、加入保険者から通知のある**高額療養費決定(支払)書**又はコピーを必ず添付して下さい。(国民健康保険・後期高齢医療制度以外の社会保険加入者のみ) また、付加給付均等に該当する場合も支給決定通知書等を添付してください。

自己負担上限額(月額)		
所得区分	3回目まで	4回目以降※1
年収約1,160～万円	252,600円+ 医療費が842,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算	140,100円
年収約770～1,160万円	167,400円+ 医療費が558,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算	93,000円
年収約370～770万円	80,100円+ 医療費が267,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算	44,400円
～年収約370万円	57,600円	44,000円
住民税非課税世帯	35,400円	24,600円

※1 過去12ヶ月間に、一つの世帯での支払いが4回以上あった場合の4回目以降の限度額

5. 助成金の請求は**診療月の翌月初日から1年以内**に申請をしてください。お手数でも保険証、資格者証を確認して申請書にご記入ください。助成金の支払いは、申請月の2ヶ月後下旬に口座振込になります。(高額療養費の支給確認のため、振込みが遅れることがあります。)
6. 郵送での申請の場合、封筒に切手を貼り、ご自分の住所氏名を必ず記入して投函してください。
7. **医療機関ごと、(総合病院は医科, 歯科ごと)及び入院・外来ごとに月500円**を上限に負担していただき、保険診療分から差し引いて助成金を振り込みします。院外薬局分からは差し引きしません。医療機関で受ける証明手数料や予防接種代、入院時の差額室料等の保険診療外は助成対象となりません。
なお、低所得者(市町村民税非課税世帯相当)は自己負担をいたしません。

○ご不明な点は、町健康福祉課(Tel.028—675—8105)までお問い合わせください。