

市 確 認 欄

宇土市重度心身障害者医療費助成申請書

宇土市長 様	年 月 日
申請者 住 所 宇土市	
氏 名	
電話番号	

← 太い枠内を必ず記入してください

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

申請者の記入欄	受給資格者氏名			生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	
	同じ世帯で医療費の一部負担金を21,000円以上支払った家族の有無	有・無	受給資格者番号	宇土市第	号	
	保険の種類	国保・協会・組合・共済・後期	保険証記号番号						
医療機関等の記入欄	負担割合	1割・2割・3割	保険の種類	国保・協会・組合・共済・後期					
	診療月	年 月分	患者氏名						
	入院	日数 日	診療点数 点	一部負担金額	円				
	通院	日数 日	診療点数 点	一部負担金額	円				
	訪問看護	日数 日	診療点数 点	一部負担金額	円				
	当該診療 他法適用	有・無	更生医療・精神通院 特定疾病・その他	診療科					
				医療機関コード					
	上記の一部負担金額を受領しました。 ※介護保険の一部負担金は助成対象外です。 年 月 日 医療機関等 所在地 名 称 氏 名 印								
	調 剤	診療月 年 月分 日数 日	診療点数 点	一部負担金額	円				
	処方医療機関名	<input type="checkbox"/> 上記医療機関と同じ <input type="checkbox"/> 別の医療機関（医療機関名）							
上記の一部負担金額を受領しました。 ※介護保険の一部負担金は助成対象外です。 年 月 日 調剤薬局 所在地 名 称 氏 名 印									

（注）医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付してください。

市使用欄

診療点数	① 一部負担金額	② 高額療養費額	③ 附加給付額	④ 自己負担額	①-②-③-④ 助成額	入力
点	円	円	円	2,040 円	円	
点	円	円	円	1,020 円	円	
点	円	円	円	1,020 円	円	

入
外
外