

記入例 ※代筆及びコピー可

宇土市重度心身障害者医療費助成申請書

宇土市長 様

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 住 所 宇土市浦田町51番地

氏 名 宇土 太郎

電話番号 0964-22-1111

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	宇土 太郎	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 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	受給資格者番号	宇土市第	1234号
	保険の種類	<input checked="" type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> 協会・組合・共済・後期	保険証記号番号	123456789	

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

医療機関証明欄

(領収書添付の場合は不要)

調 剤	診療月	年 月分	診療点数 点	一部負担金額 円
	日数	日		

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

調剤薬局証明欄

(領収書添付の場合は不要)

(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	2,000 円	円	
点	円	円	円	1,000 円	円	
点	円	円	円	1,000 円	円	

← 太い枠内を必ず記入してください