

あさぎり町重度心身障害者医療費助成申請書

あさぎり町長 様

令和 年 月 日

申請者 住所 あさぎり町

氏名

電話番号

下記のとおり、令和 年 月分の医療費を申請します。

※太枠内を記入してください

申請者の記入欄	受給者氏名			受給資格者番号			
	住所	あさぎり町		生年月日	年 月 日		
	加入保険	国保・国保（前期高齢）・後期高齢・社保・社保家族・共済・その他					
医療機関等の記入欄	診療月	令和 年 月分		患者氏名			
	負担割合	1割・2割・3割		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	
		日数	診療点数	一部負担金	後期高齢者 一部負担金		
	入院	日	点	円	円		
	通院	日	公費内	点	円	円	
			公費外	点	円	円	
	【医療機関】	上記の一部負担金額を受領しました。 ※介護保険・指定難病の一部負担金は助成対象外です。 令和 年 月 日					印
	【調剤薬局】	診療点数	公費内	点	一部負担金	円	
			公費外	点		円	
		処方機関名	<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： ）				
住所及び名称	上記の一部負担金額を受領しました。 ※介護保険・指定難病の一部負担金は助成対象外です。 令和 年 月 日					印	
町記入欄	種別	一部負担金 ①	高額療養費額 ②	付加給付額 ③	自己負担額 ④	助成額 ①－（②+③+④）	
	入院	円	円	円	2,040 円	円	
	入院以外	円	円	円	1,020 円	円	

※医療保険各法の規定に基づき、高額療養費等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。

※助成の申請は、診療を受けた翌月から起算して1年以内です。 例) 6月診療分→翌年6月末まで