

重度心身障害者医療費助成金支給申請書（後期高齢以外用） 令和 年 月 日 伊仙町長 殿 (TEL -)					
申請者氏名	印	対象者氏名（続柄）			
申請者住所					
受給資格者証	身（身体障害者）・知（知的障害者）・重（重複障害者）			第	号
加入保険	被保険者氏名			記号・番号	
他の世帯員の受診状況	氏名	病院名		支払金額	円
	氏名	病院名		支払金額	円
高額療養費支給回数 （診療月以前12月間の）	1、2、3、 4回以上	回	対象者生年月日	明・大 昭・平	年 月 日

医療機関等証明書（この欄はお手数ですが医療機関等で記入願います。）

診療月	年 月分		患者氏名		
療養の給付	入院	点	療養の給付に係る一部負担金	入院	円
	外来	点		外来	円
総点数	外来	点	薬剤一部負担金（外来）		円
訪問看護療養費		点	訪問看護療養費に係る基本利用料		円
うち他法制度負担		円	証明手数料の徴収	有（ 円）・無	
保険の種類	健保（政管・日雇・組合）・船保・国公・私学・国保（若人・退職）・後期高齢・地公			傷病発生原因	第三者・その他
					令和 年 月 日
医療機関等の所在地 〃 名称 開設者氏名					印

※ 支給決定伺（この欄は市町村で記入します。）

決 裁 欄		課長	補佐	係長	係	
区 分	一部負担金 又は基本利用料 A	高額療養費 B	附加給付額 その他の控 除額 C	自己負担金 (A - B - C) D	証明手数料 E	支給決定額 (D + E)
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
薬剤（外来）	円	円	円	円	円	円
訪問看護	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

(注) 6ヶ月以内に請求しないと、支給できなくなりますので、ご注意ください。

(例) 10月診療分：翌年の4月まで申請受付（診療月の翌月から起算して6ヶ月以内）
裏面の注意をよく読んでから記入してください。

(裏面)

注意

- 1 「他の世帯員の受診状況」欄は、同一世帯の中で同月内に21,000円以上の医療費を支払った者がいる場合について記入してください。
- 2 「高額療養費支給回数」欄は、過去12月に同一世帯の中で21,000円以上の医療費を支払った者がいる場合、その回数を記入してください。
- 3 「医療機関等証明書」欄は、医療機関等において1月分をまとめて記入してもらってください（なるべく診療を受けた月の翌月の10日以降に記入してもらってください）。
- 4 助成金の支給申請は、診療を受けた月の翌月から起算して6ヶ月以内に行ってください。
- 5 この申請書を提出される時は、受給資格者証をお持ちください。
- 6 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。

医療機関等へのお願い

- 1 この支給申請書は、重度心身障害者医療費助成のため必要なものですので、御協力をお願いします。
- 2 「療養の給付に係る一部負担金」欄は、差額ベッド代等保険診療対象外の負担金は除いてください。また、入院時食事療養に係る一部負担金も除いてください。