様式第７号(第６条関係)

天草市重度心身障害者医療費助成申請書

年　　月　　日

天草市長　　様

申請者　住　　所
ふりがな
氏　　名

電話番号

下記のとおり、　　年　　月分医療費の助成を申請します。

申請者の記以上	受給資格者氏名				受給資格者番号		
	保険の種類		国保・社保(付加給付　有・無　前期高齢者)・後期高齢者				
	当該月の他の世帯員の受診状況(高額療養費該当分)	氏名		医療機関		支払額	円
		氏名		医療機関		支払額	円

医療機関等記以上入欄	医療機関	診療月	年　　月分			患者氏名		
		入　院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円
		通　院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円
		上記の一部負担金額を受領しました。 年　　月　　日 所在地 名　称 氏　名　　㊞						
	訪問看護・調剤薬局	訪問看護	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円
		調　剤	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円
		上記の一部負担金額を受領しました。 年　　月　　日 所在地 名　称 氏　名　　㊞					処方医療機関名	

	一部負担金額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)
市記以上入欄	(入院)				
	(外来)				
	(調剤)				
	(訪問看護)				
	(治療用装具)				
	計				

(注1)　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。

(注2)　申請の際には、医療機関等より医療機関等記入欄に証明してもらうか、又は保険診療点数、一部負担金の明細等を記載した領収書を添付してください。