

重度心身障害者医療費助成申請書

申請者記入欄

※二重線の枠内をご記入ください。

壬生町長 様		令和 年 月 日	
受給資格者 住所		(申請者) 氏名	
		電話	
受給資格者証 記号番号		加入 保険	被保険者氏名
受診者 氏名			保険証記号番号
受診者 生年月日	年 月 日		保険者名称
振込先	1 前回と同じ		
	2 変更あり 銀行 農協 信用金庫 本・支店 ※記入して下さい		
	(フリガナ)	預金種別	1 普通 2 当座
	口座名義	口座番号	
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無		有・無	

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関等記入欄

※太線の枠内をご記入ください。最大で6ヶ月分まで記入できます。

保険診療証明書						
保険種類	国保・社保・後期高齢者医療		自己負担割合	1・2・3割	特定疾病療養受療証の有無 有・無	
診療年月	保険診療合計点数			保険診療 本人負担額(円)	備考	
年 月	入院日数	入院点数	外来点数			
年 月 日						
医療機関等 所在地						
名称						
氏名						

単位：円

診療月	保険診療 合計金額 ①	一部 負担額 ②	控除額の内訳					控除後の 額 ②-④	保険診療合 計の1割の 額※ ① ×1/10-③	医療費 助成額
			他法 負担額	高額 療養費	付加 給付額	自己負担 控除額 ③	その他			
計										

※ 受給者が65歳から74歳の場合に記入する（保険種類が後期高齢者医療である場合を除く。）