

重度心身障害者医療費助成申請書



申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入して下さい		
令和 年 月 日				
大田原市長様				
		受給資格者	住所	
		(申請者)	氏名	
			電話	
受給資格者証番号		加入保険	被保険者氏名	
受診者	氏名		保険証記号番号	受給資格者証に同じ
	生年月日		番号	
		加入保険	名称	
振込先	金融機関名	銀行・信金	本店	
	(フリガナ)	信用・農協	支店	
	口座名義	口座番号	預金種別 普通 当座	
一部負担21,000円以上支払った家族の有無			有・無	

指定口座

医療機関記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい	
保険診療証明書			
保険種類	国保・社保・その他	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		食事療養費
年 月	入院日数	入院点数	回数
		外来点数	金額 (標準負担額) 円
			他法負担点数
			備考
年 月 日			
医療機関等 所在地 名称 氏名			

助成内容	保険診療合計金額 ①	一部負担額 ②	控除額の内訳			控除後額 ②-③=④	保険診療合計金額の1割の額※1 ①×1/10	食事療養費 ⑤※2	医療費 ④+⑤
	円	円	他法負担額	高額療養費	附加給付額	控除額計 ③	円	円	円

※1 受給権者が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。)

※2 受給資格者が後期高齢者医療の場合のみ記入する。