

重度心身障害者医療費助成金支給申請書(後期高齢者用)												
いちき串木野市長 殿						申請日			年		月	日
申請者住所	いちき串木野市					受給者番号	第					号
TEL						-		-				
申請者氏名 (対象者又は保護者)						加入医療保険	被保険者証の記号・番号					
対象者氏名							被保険者氏名					
対象者の生年月日	元号			年			月		日	被保険者名称		

生年月日元号欄には、下記の通り数字を記入してください。
 明治…1 大正…2 昭和…3 平成…4 令和…5

保険医療機関等証明書 (この欄は、お手数ですが保険医療機関等で記入願います。)

診療月			年		月									
保険診療総点数	<input type="checkbox"/>	外来				点	<input type="checkbox"/>	外来				円		
	<input type="checkbox"/>	入院				点	<input type="checkbox"/>	入院				円		
保険診療総点数	<input type="checkbox"/>	調剤				点	<input type="checkbox"/>	調剤				円		
	<input type="checkbox"/>	訪問看護				円	<input type="checkbox"/>	一部負担				円		
その他法制度負担分						円	証明手数料の徴収	<input type="checkbox"/>	有 () 円	<input type="checkbox"/>	無	円		
医療機関コード							保険の種類	政	国	国(退職)	共	組	船	その他
			年		月	日	処方箋を交付した医療機関の名称							
保険医療機関等の所在地 名称 開設者氏名 電話番号														
<input type="checkbox"/>	高額療養費	<input type="checkbox"/>	他法制度負担	増減額計				支給決定額						
						円						円		
<input type="checkbox"/>	付加給付	<input type="checkbox"/>	その他控除											
						円						円		