

様式第4号 (第6条関係)

(その2 老人用)

受付番号 _____ 号

重度心身障害者医療費助成金支給申請書 (老人用)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

いちき串木野市長 殿

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	
老人保健法の医療受給者番号		第 _____ 号	

医療機関等証明書 (この欄は、お手数ですが医療機関等でご記入願います。)

診療月	年 月 分 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
老人保健法の 規定による 医療総点数	入院	点	老人保健法の 規定による医療に係る 一部負担金	入院	区分 一般・低所得世帯・低所得世帯かつ老齢福祉年金受給者・特定疾患
					金額 _____ 円
	外来	点		外来	区分 病 200 以上・病 200 未満・診定率・診定額 (_____ 円 × _____ 回)
					金額 _____ 円
老人訪問看護療養費		円	老人訪問看護療養費に係る基本利用料	区分	定率制・定額制(_____ 円 × _____ 日)
				金額	_____ 円
うち他法制度負担分		点	証明手数料徴収の有無	有 (_____) 円 ・ 無	
処方箋を交付した医療機関の名称 _____					
医療機関等の所在地 _____					平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
" _____ 名称 _____					印
開設者氏名 _____					

※ 支給決定伺 (この欄は、市で記入します。)

決 裁 欄							
区 分	一部負担金又は基本利用料 A	高額医療費 B	付加給付額その他の控除額 C	自己負担額 (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	
訪 問 看 護	円	円	円	円	円	円	
計	円	円	円	円	円	円	

注1 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。

2 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。