

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

生年月日元号欄には、下記の通り数字記入してください。
 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	令和			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	後期	共	組	船	その他
証明年月日	令和			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 印															
<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			増減額計				支給決定額			
			円				円								