

様式第7号(第6条関係)

重度心身障害者医療費助成申請書										
芦北町長様										
申請者 住所 葦北郡芦北町大字 氏名 年 月 日										
次のとおり、 年 月分医療費の助成を申請します。										
申請者の記入欄	受給資格者氏名			受給資格者番号						
	当該月の他の世帯員の受診状況(高額療養費該当のみ)	氏名		医療機関		支払額	円			
		氏名		医療機関		支払額	円			
		氏名		医療機関		支払額	円			
医療機関等の記入欄	診療月	年 月 日			患者氏名					
	入院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円			
	通院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円			
						薬剤一部負担金	円			
	上記の一部負担金額を受領しました。 年 月 日									
	所在地 名称 氏名									
調剤薬局の記入欄	調剤	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円			
						薬剤一部負担金	円			
	上記の一部負担金額を受領しました。					処方医療機関名				
年 月 日										
所在地 名称 氏名										
市町村記入欄	一部負担金額	高額療養費額	付加給付額	自己負担額	助成額					
	①	②	③	④	①-(②+③+④)					
円 円 円 円 円										

(注) 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付してください。

記入上のお願ひ

1 申請者の記入欄

(1) 当該月の他の世帯員の受診状況欄は、助成申請を行う診療月に、受給資格者以外に高額療養費に該当する世帯員がいれば記入してください。

2 医療機関等の記入欄

(1) 定率一部負担金欄は、2割、3割などの定率の一部負担金の額を記入してください。

(2) 薬剤一部負担金欄は、通院で薬剤の支給を受けた場合の一部負担金の額を記入してください。