

様式第 5 号

重度心身障害者医療費助成申請書

年 月 日

鳥栖市福祉事務所長 様

下記のとおり医療費の助成を受けたいので申請します。

この申請に当たり、助成対象となる医療費に係る保険給付及び附加給付等に関して、必要に応じ関係機関に対し調査及び情報提供を行うことに同意します。

また、高額療養費と助成額の支給を調整する場合は、助成額の範囲内で、高額療養費を鳥栖市長が受領することに同意します。

〔申請者記入欄〕

申請者（受給資格者）

受給資格証の番号		
医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名	
	記 号 番 号	
	保 険 者 名	

住所

氏名

電話番号

〔医療機関等記入欄〕

保 険 診 療 額 （ 領 収 ） 証 明																	
患 者 氏 名																	
診 療 月	年 月 分 (日間)																
診療日（調剤日）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	入 院				入 院 外				歯 科				調 剤				
保険診療総点数	点				点				点				点				
公費負担点数	点				点				点				点				
保 険 診 療 一 部 負 担 額	円				円				円				円				
訪 問 看 護 利 用 料					円												
(高額療養費) 該当・非該当 (自己負担限度額) 円 (区分) 多・単 上記の金額を受領しました。 年 月 日 医療機関等 所在地 名 称 氏 名																	

(印)

(注意) 医療を受けた日の属する月の翌月から起算して1年以内に申請してください。

〔市記入欄〕

給 付 決 定 額				
	一部負担金額	高 額 療 養 費	附 加 給 付 額	給 付 額
保 険 診 療	円	円	円	円
訪 問 看 護 利 用 料	円	円	円	
保 険 点 数	点	備 考		