

津 奈 木 町 重 度 心 身 障 害 者 医 療 費 助 成 申 請 書

津 奈 木 町 長 様

令 和 年 月 日

申 請 者 住 所

氏 名

下 記 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				
	該 当 月 の 他 の 世 帯 員 の 受 診 状 況 (高 額 療 養 費 該 当 分 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 分		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								
	印								
	調 剤 局	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					印				
市 町 村 記 入 欄	一部負担金額		高額療養費額		附加給付額		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。