

重 度 心 身 障 害 者 医 療 費 助 成 申 請 書

申請者記入欄

※二重線の枠内をご記入のうえ押印してください。

壬生町長 様

受給資格者 住所
(申請者) 氏名
電話

年 月 日

印

受給資格者証 記 号 番 号		加 入 保 険	被保険者氏名						
受 診 者 氏 名			保険証記号番号						
生 年 月 日	年 月 日		保 険 者 名 称						
振 込 先	1 前回と同じ								
	2 変更あり ※記入して下さい		銀 行 農 協 信用金庫		本 ・ 支店				
	(フリガナ)		預金種別	1 普通		2 当座			
	口座名義		口座番号						
一部負担金 2 万 1 千円以上支払った家族の有無			有 ・ 無						

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関等記入欄

※太線の枠内をご記入のうえ押印してください。最大で 6 ヶ月分まで記入できます。

保 険 診 療 証 明 書											
保 険 種 類	国保・社保・後期高齢者医療			自己負担割合 1 ・ 2 ・ 3 割			特定疾病療養受療証の有無 有 ・ 無				
診 療 年 月	保 険 診 療 合 計 点 数				保険診療 本人負担額 (円)		備 考				
年	月	入院日数	入 院 点 数	外 来 点 数							
年 月 日						医療機関等 所在地 名 称 氏 名 印					

単位：円

診 療 月	保 険 診 療 合 計 金 額 ①	一 部 負 担 額 ②	控 除 額 の 内 訳						控除後の 額 ②－④	保険診療合 計の 1 割の 額※ ① ×1/10－③	医療費 助成額
			他 法 負担額	高 額 療 養 費	付 加 給 付 額	自己負担 控除額 ③	その他	控除額 計 ④			
計											

※ 受給者が 6 5 歳から 7 4 歳の場合に記入する（保険種類が後期高齢者医療である場合を除く。）