第１号様式（第５条関係）

重度障害者医療助成費請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |
| 保険の種類 | 国　保　・　社　保　・　後　期 | 診療区分 | １ 医科　２ 歯科　３ 調剤 ４ 訪問看護 ５ 柔整　６ 装具　７ その他 |
| 記　号 |  |
| 番　号 |  | 入外区分 | １ 入院　　　２ 入院外 |
| 保険者番号 |  | 助成申請額 | 円 |
| 申請理由 | １ 医療証の提示ができなかった。２ 県外の医療機関３ | 診療等を受けた期間 | 　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 金融機関名 | 銀行　金庫組合　農協 | 店番号 |  |  |  | 本店・支店本所・支所 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人(ｶﾅ) |  |
| 上記のとおり重度障害者医療助成費の支給を申請・請求します。　　　　　　年　　月　　日（宛先）秦 野 市 副 市 長住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞電　話　　　　　　（　　　　　） |
|  |
| 市　記　入　欄 |
| 資格取得日 | 年　　 月　　 日から | 助成対象の可否 | 可 ・ 否 |
| 診療点数 | 　点 | （Ａ） | 訪問看護・柔整・装具はなし |
| 総医療費 | 円 |  | （Ａ）×１０ |
| 自己負担額 | 円 | （Ｂ）領収書記載の保険負担分の合計額 |
| 高額療養費等 | 円 | （Ｃ） | 保険者・高額支給額 |
| 支給決定額 | 円 | （Ｂ）－（Ｃ） |
| 決裁欄 | 課長 | 課長代理 | 担当 | 受付者 | 起案 | ・　　　・ |
|  |  |  |  | 決裁 | ・　　　・ |
| 支払日 | ・　　　・ |