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 | | | | | | | ・　　　・ |