



申請日 令和 年 月 日

重度心身障害者医療費助成金申請(請求)書

都城市長 あて

申請者 住所 都城市

助成対象者番号					

氏名

自署又は記名押印

電話 ( ) -

令和 年 月分重度心身障害者医療費助成金の交付を受けたく申請(請求)します。

受診者氏名	保険証内容	被保険者氏名	記号番号
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
生 年 月 日		保険者番号	保険者名
大・昭 平・令 年 月 日生		<input type="checkbox"/> 都城市国保 <input type="checkbox"/> 宮崎県後期高齢者広域連合	

(注意) 下記太枠の中を保険診療分についてのみ、医療機関及び調剤薬局で記入してください。

【令和 年 月分】 診療報酬及び薬剤明細(1 入院 2 外来 3 歯科 4 訪問看護)					
診療科( )					
<input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 老人医療 <input type="checkbox"/> その他( )					
実日数	保険診療点数	保険以外公費点数	一部負担金	薬剤一部負担金	合計受領額
日(回)	点(円)	点	円	円	円
上記の金額を受領したことを証明します。					
令和 年 月 日		名称			
		医療機関等の 氏名			印
		電話			
【令和 年 月分】 調剤報酬明細 ( ) 処方					
<input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 老人医療 <input type="checkbox"/> その他( )					
実日数	保険診療点数	保険以外公費点数	一部負担金	薬剤一部負担金	合計受領額
日	点	点	円	円	円
上記の金額を受領したことを証明します。					
令和 年 月 日		名称			
		調剤薬局等の 氏名			印
		電話			
*この太枠内の内容について訂正した場合には、医療機関、調剤薬局において訂正押印をお願いします。					

助成内容	世帯区分	助成回数	一部負担金	高額療養費	付加給付	控除額	交付決定額
	課税		円			1,000円	
	非課税	回	円	円	円		円

付加給付は 円以上 円未満切捨て・付加給付なし