

# 後期医療

様式第6号（第5条関係）

## 重度心身障害者医療費支給申請書 (後期高齢者医療制度加入者用)

年 月 日

加須市長 様

住 所 加須市

氏 名 (電話 )

次のとおり、加須市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定により申請します。また、高額療養費等の給付を控除することを承諾し、決定された支給額について請求します。

医療機関等名		入	1	外	2
支給申請額 (本人負担額)	入院	年 月 日分	保険診療一部負担金 円 (入院時食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まない。)		
	外来	年 月分	保険診療一部負担金 円		
	合計		円		
受給者	氏名				
	受給者証番号				

注 この申請書は、後期高齢者医療制度加入者に係る医療費を申請する場合に記入してください。

高額療養費	償還 現物	証拠コード			科目コード						医療機関等コード						
		証	レ	外	医	歯	調	柔	補	訪	他						
	1	1	2	3	1	2	3	6	7	8	9						

決 裁	認定者	課長	担当	受付	年 月 日
				支給	年 月 日