様式第５号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **重度心身障害者医療費支給申請書**  年　　月　　日  　加須市長　様  住所  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。 | | | | | | | | | | | | | |
| 入院・外来・調剤の別 | | |  | | | | 診　療　科 | | | 科 | | | |
| 一部負担金の額　　　　　　　　　　円 | | | | 付加給付の額  高額療養費の額 | | | | 円  円 | | 支給申請額 | 円 | | |
| 内訳　保険診療　　　　　　　　　円 | | | |
| 入院時の食事標準負担金　　円 | | | |
| その他　　　　　　　　　　円 | | | |
| 受給者 | 受給者証  番号 |  | | | 加入医療保険 | 世帯主・被保険者(組合員)氏名 | | |  | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | | | 被保険者証記号番号 | | |  | | | 国 | 社 |
|  | | | 1 | 2 |
|  | | | | |
| 生年月日 |  | | | 名称 | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 1　入院　　　　　日 | 2　外来　　　　　日 | |
| 領収書  　￥  ただし、　　　　年　　月分の保険診療一部負担金（他法本人負担額　　　　　　円を含む。）  　　　　　　　　　入院時食事療養標準負担額は含まない。 | | | | | |
|  | 保険診療総点数　　　　　　　　　　　点 | 他法負担分点数　　　　　　　　　　　　　　　　　点 | | |  |
| ￥　　　　　　　　　　　（算定回数　　回）  ただし、入院時食事療養標準負担額  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　様  医療機関等所在地（住所）  名称  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |

　注　１　上部申請書欄は、申請者が記入してください。

　　　２　下部領収書欄は、医療機関等が記入してください。

　　　３　他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 高額療養費 | 付加給付 | 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 |