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 |