|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費助成申請書  （　　月分）  令和　　年　　月　　日  鹿島市長　　　　　　　様　　　 　　　住所  申請者　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話 | | | | | | |
| 受　給　者 | 氏　名 |  | | 加入医療保険 | 世帯主・被保険者組合員の氏名 |  |
| **資格証番号** |  | | 名称 | 国保・退国保  社保・後期高齢・その他 |
| 生年月日 | 明・大  昭・平 | 年　月　　日 | 記号・番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医　療　機　関　等　証　明　欄 | 患者氏名 |  | | | | | | | |
| 診療月 | 令和　　　年　　　月　入院時の入院日数（　　　日） | | | | | | | |
| 診　療　区　分  （該当項目に○を） | | | 入　院 | 入院外 | 歯　科 | | | 調　剤 |
| 総医療費  （総点数×10） | | 円 | | 保険診療  一部負担額 | | 円 | | |
| 公費負担額 | | 円 | | 薬剤費一部負担額（別掲） | | | 円 | |
| 食事療養費  標準負担額 | | 円 | | 訪問看護利用料 | | 円 | | |
| 上記の患者負担額（　　月分）正に領収しました。  令和　　年　　月　　日  住所  医療機関　氏名  電話 | | | | | | | | |

＊医療機関ごとに１ヵ月分まとめて、翌月末までに申請してください。

＊入院と外来、歯科、調剤（薬局）は別々に申請してください。

助成決定書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 総医療費 | | 一部負担額 | 食事療養費 | 訪問看護利用料 |
| 円 | | 円 | 円 | 円 |
| 備　　　考 | 医療機関コード | 課  非 | 高額療養費 | 更生医療・付加給付等額 |
| 円 | 円 |
| 支給決定額 | |
| 円 | |