

第7号様式（第10条第1項）

茂原市重度心身障害者医療費助成給付申請書

年 月 日

(宛先)茂原市長

受給者 住 所
氏 名
電 話

次のとおり医療費の助成給付を受けたいので申請します。

受給者番号		保 険 の 種 類	国保 協会 組合 共済 後期高齢者
		被保険者、加入者、 組合員との続柄	本 人 ・ 家 族
		付 加 給 付 制 度	有 ・ 無
公 的 制 度 適 用 の 有 無		有 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 障害者総合支援法 退職者医療 その他の名称 無 ()	
診 療 月	年 月 分		
入院、外来の別、及び 保 険 請 求 総 点 数 等	入 院	入 院 日 数	日
		保 険 請 求 総 点 数	点
		保険請求分本人負担額	円
		薬 剤 一 部 負 担 額	円
	外 来	食 事 料 本 人 負 担 額	円
		診 療 日 数	日
		保 険 請 求 総 点 数	点
		保険請求分本人負担額	円
証 明 手 数 料		100 円	
助 成 対 象 額		円	

以上のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地
名 称
代表者

印

審 査 表 (以下の欄は記入しないでください。)

区 分	金 額	備 考
保険請求本人の負担額		
高額医療により(高 高多 非高 非高多)		
継続医療につき		
退職者医療につき		
付加給付により		
自立支援医療給付により自己負担額を支給		
食事料本人負担額		
証明手数料	100	
合 計 (四捨五入による支給決定額)		

自己負担金 無 ・ 有 300円× 回＝ 円