

阿蘇市重度心身障害者医療費助成申請書 ※											
令和 年 月 日											
申請者の記入欄	阿蘇市長 様 ※					住所 阿蘇市 氏名 (印)					
	※ 次のとおり、令和 年 月分の医療費について、領収書を添えて申請します。										
	受給資格者氏名 ※					受給者番号 ※					
	当該月の他の世帯員の受給状況	氏名		医療機関名		支払額		氏名		医療機関名	支払額
医療機関等の記入欄	診療月	令和 年 月 日	総点数	点	保険種別	定率一部負担金	円				
	入院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円				
	入院外	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円				
						薬剤一部負担金	円				
	上記の一部負担金額を受領しました。 令和 年 月 日										
	所在地 名称 氏名 (印)										
	調剤薬局	調剤	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円			
							薬剤一部負担金	円			
		上記の一部負担金額を受領しました。 令和 年 月 日									
		処方医療機関 所在地 名称 氏名 (印)									
市町村記入欄	一部負担金額①	高額療養費②	附加給付額③	自己負担額④	助成額①-(②+③+④)						
	入			2,040							
	外			1,020							
	薬										

(注)①医療保険各法の規定に基づき、高額療養費等の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知等を添付してください。

②申請する月の前の月から起算して、1年以上前の医療費は、助成対象とはなりません。

【記入上のお願い】

1 申請者の記入欄

「当該月の他の世帯員の受給状況」欄は、助成申請を行う月に、受給資格者以外に高額療養費に該当する世帯員がいれば記入してください。

2 医療機関等の記入欄

(1)「定率一部負担金」欄は、1割、3割などの定率の一部負担金の額を記入してください。

(2)「薬剤一部負担金」欄は、入院外で薬剤の支給を受けた場合の一部負担金額を記入してください。

(3)「保険種別」欄には、受給資格者の保険(国保、政府など)を記入してください。