

障害者医療費助成申請書

柴田町長 (あて)

申請日 令和 年 月 日

●障害者医療費の助成を以下のとおり申請します。

受給者住所						受給者氏名	
						障害者氏名	
受給者証番号 (6桁)						障害者 生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生
健康保険	健康保険の種別	1 社会保険等 →	社会保険等に加入の方は、該当する保険をマルで囲んでください。 (全国健康保険協会以外は、名称も記載してください。)				
記号		2 柴田町国保	<ul style="list-style-type: none"> ・全国健康保険協会 ・健保組合 (名称: 健保組合) ・共済組合 (名称: 共済組合) ・国保組合 (名称: 国保組合) ・その他 (名称:) 				
番号		3 後期高齢					

▼以下の欄は、医療機関等で記入してください。

診療年月		令和 年 月 診療		
外来・入院・調剤・訪問看護区分		1 外来(調剤含む)	2 入院【日数 日】	3 訪問看護
診療点数・療養の給付等(保険対象分のみ)	医療機関・調剤 →	総診療点数 (点) 本人負担額を右欄へ記入してください。	保険対象分の本人負担額等(必ずご記入ください。)	①総診療点数または総費用額に対する本人負担額(保険対象分のみ)をご記入ください。 公費負担医療分がある場合は、適用後の額をご記入ください。 (本人負担額: 円) ↓
	※処方箋発行医療機関が複数の場合は調剤点数内訳を記載してください。 →			②上記、本人負担額に公費負担医療の本人負担額が含まれている場合は、公費負担医療の対象点数、公費負担額、本人負担額、公費法別番号をご記入ください。
	接骨・鍼・灸・マッサージ →	療養費の総費用 (円) この欄に保険診療の総費用額を記入し、本人負担額を右欄へ記入してください。		<ul style="list-style-type: none"> ・公費負担医療の対象点数 (点) ・公費負担医療の公費負担額 (円) ・公費負担医療の本人負担額 (円) ・公費法別番号 (番)
	訪問看護療養費 →	回数 総費用額 基本利用料 本人負担額を右欄へ記入してください。		
備考欄		負担割合及び所得区分 (該当する区分を○で囲んでください。)	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ
			前期高齢者及び後期高齢者	負担割合 3割・2割・1割
		医療機関等のコード番号 (10桁)	区分	現Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅲ・一般・低Ⅰ・低Ⅱ
		医療機関等の所在地 名称 電話番号		

整理番号	
------	--