|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薩摩川内市重度心身障害者医療費助成申請書（後期高齢者以外用）  年　　月　　日  　　薩摩川内市長　　　　様  住所  申請者  氏名  　次のとおり、重度心身障害者医療費の助成を申請します。 | | | | | |
| 受給資格者証番号 | | 第　　　　　　号 | 保険等  加入社会 | 記号・番号 |  |
| 対象者 | 氏名 |  | 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 保険者名称 |  |
| 保護者氏名 | |  |

様式第６号(第５条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関等の証明 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療月 | 月 | | 受診者氏名 |  | | | 傷病発生原因の別 | 1 | 第三者行為による | | | | 2その他 | | | |
| 診療内訳 | | 保険診療対象総点数 | | | | | 自己負担額又は基本利用料 | | | | | | | | | |
| 総点数 | | | うち他法制度による負担分 | |
| 入院 | | 点 | | | 点 | | 円 | | | | | | | | | |
| 入院外 | | 点 | | | 点 | | 回　　　　　　　　円 | | | | | | | | | |
| 訪問看護療養費 | | 円 | | | 円 | | 円 | | | | | | | | | |
| 調剤 | | 点 | | | 点 | | 回　　　　　　　　円 | | | | | | | | | |
| 処方せんを交付した医療機関の名称 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 証明手数料　有(　　　　　　　円)・　無 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 保険医療機関コード | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　　月　　日  　上記のとおり一部負担金を受領しました。  保険医療機関等　所在地  名称  氏名　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | |

注　記名押印に代えて署名することができます。