|  |
| --- |
| 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。