

様式第7号(第6条関係)

高森町重度心身障害者医療費助成申請書

高森町長 様 年 月 日 申請者 住所 氏名 印									
下記のとおり、 年 月分医療費の助成を申請します。									
申 請 者 の 記 入 欄	受給資格者氏名					受給資格者番号			
	当該月の世帯員 の受診状況（高額療養費 該当分のみ）	氏名			医療機関			支払額	円
		氏名			医療機関			支払額	円
		氏名			医療機関			支払額	円
医 療 機 関 等 の 記 入 欄	医 療 機 関	診療月	年 月分			患者氏名			
		入院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円	
		通院	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。 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	
				処方医療機関名					
上記の一部負担金額を受領しました。 年 月 日 所在地 名称 氏名 印									
市町村記入欄	一部負担金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)
	円		円		円		円		円

注 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費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書等を添付してください。