

|                             |                                       |       |                                |                                |                |          |  |  |
|-----------------------------|---------------------------------------|-------|--------------------------------|--------------------------------|----------------|----------|--|--|
|                             |                                       |       |                                |                                |                | 受給者番号    |  |  |
| 嘉島町重度心身障害者医療費助成申請書          |                                       |       |                                |                                |                |          |  |  |
|                             |                                       |       |                                |                                |                | 令和 年 月 日 |  |  |
| 嘉島町長 様                      |                                       |       |                                |                                |                |          |  |  |
| 下記のとおり、令和 年 月分医療費の助成を申請します。 |                                       |       |                                |                                |                |          |  |  |
| 氏名                          |                                       |       |                                | 受給資格者氏名                        |                |          |  |  |
| 住所                          | 熊本県上益城郡嘉島町大字                          |       |                                |                                |                |          |  |  |
| 医療機関・保険薬局の記入欄               | 診療月 令和 年 月分 患者氏名                      |       |                                |                                |                |          |  |  |
|                             | 入院・入院外の別                              |       |                                | 1入院                            | 2入院外           | 3歯科      |  |  |
|                             | 入院（通院）日数                              |       | 日                              | 左記のとおり領収しました。<br>令和 年 月 日      |                |          |  |  |
|                             | 診療総点数                                 |       | 点                              |                                |                |          |  |  |
|                             | 院外処方                                  |       | 有・無                            |                                |                |          |  |  |
|                             | 診療報酬一部負担金受領額<br>（入院時食事療養費に係る定額負担金を除く） |       |                                | 医療機関<br>所在地<br>名称<br>電話番号<br>印 |                |          |  |  |
|                             | 円                                     |       |                                |                                |                |          |  |  |
|                             | 院外処方有り のとき                            |       |                                | 左記のとおり領収しました。<br>令和 年 月 日      |                |          |  |  |
| 保険内合計点数                     |                                       | 点     |                                |                                |                |          |  |  |
| 円                           |                                       |       | 調剤薬局<br>所在地<br>名称<br>電話番号<br>印 |                                |                |          |  |  |
| 円                           |                                       |       |                                |                                |                |          |  |  |
| 決裁                          | 課長                                    |       | 係長                             |                                | 主査             |          |  |  |
| 医療費総額                       | 保険者負担額                                | 一部負担金 | 調剤負担金                          | 附加給付額                          | 自己負担額          | 助成額      |  |  |
|                             |                                       |       |                                |                                | 1,020<br>2,040 |          |  |  |