

<p style="text-align: center;"><b>重度心身障害者医療費支給申請書</b></p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p>														
<p>六戸町長殿</p> <p style="text-align: right;">住所 六戸町</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>														
受給者記入欄	受給者証	公費負担者番号	8	0	0	2	0	4	2	3	加入者保険	記号		
		受給者番号									番号			
	受給者	氏名										保険者名		
		生年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		金額		円		
	同一个月内における世帯員の受領の有無		有無	受給者氏名			一部負担金額		円	高額療養費の額	円			
過去1年間における高額療養費支給回数		回	<p style="text-align: center;">上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 申請者氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>											
保険医療機関等記入欄	平成 年 月 日から		分											
	平成 年 月 日まで													
	医療費総額(保険診療対象分)		外来	円		入院		円		保険診療による一部負担金		円		
	訪問看護療養費の総利用額(保険対象分のみ)		円		回数		円		基本利用料		円			
平成 年 月 日		<p style="text-align: center;">保険医療機関等所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">代 表 者 <span style="float: right;">(印)</span></p>												
保険薬局記入欄	平成 年 月 日分		処方箋受付回数		回		一部負担金額(保険対象分のみ)		円					
	診療報酬点数		点											
	平成 年 月 日		<p style="text-align: center;">保険薬局所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">代 表 者 <span style="float: right;">(印)</span></p>											
市町村記入欄	一部負担額		A		控除額附加給付		B		支給額		A-B		備考	
	円		円		円		円		円					
	市町村民税課税対象者の控除額算定欄													
	高額療養費の世帯合算・附加給付額算定欄													

※ チェック事項: 病院と調剤薬局で申請書一枚。(月ごと)  
 同じ月で入院と外来の場合は申請書は二枚