◎太枠内は申請者が必ずもれなく記入してください。

▼　この用紙は、 医療機関ごと診療月ごとに一枚、 医療機関に提出して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障 害 者 医 療 費 助 成 申 請 書  令和　　　年　　　月　　　日　名 取 市 長 あ て  住 所 名取市　申 請 者  氏 名 ㊞  　令和　　　年　　　月分の障害者医療費の助成を下記のとおり申請します。 | | | | | | | | |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  | 障害者氏名  生 年 月 日 | ふりがな  氏　名  （Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日生） |
| 被保険者証  記号・番号 |  | | | | | | 保 険 種 別 | 社保・国保・後期 （本人・家族） |
| 保険者の名称 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 外来入院等の区分 | 外　来　　　入　院（入院　　日）　　　訪 問 看 護 | | |
| 診療点数等及び  医療機関名等 | 療養の給付等  （注　参照） | 診療点数　　　　　　 点  （療養費の総費用　　　　　円） | 公費負担について  無  有（名称　　 　　　　）公費負担額　　　　　　円  自己負担額　　　　　　円 |
| 後期高齢適用者の自己負担額  　　　　　　　　　　　　円 |
| 訪 問 看 護  療 養 分  (保険対象分のみ） | 回数　　　　　　　　　 回  総費用　　　　　　　　 円  基本利用料　　　　　　 円 |
| 医療機関名等 | 機関のコード番号  住　所  氏名・名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |
| 診療科名（○をつけて下さい） | | | |
| 1. 内 科　2. 外 科　3. 歯 科　4. 小児科　5. 整形外科　6. 皮膚科　7. 眼 科  8. 耳鼻咽喉科　9. 産婦人科　10. その他（　　　　　　　　） | | | |

以下は医療機関において記入して下さい。

　（注）接骨、鍼、灸、マッサージの場合は、療養の給付等（療養費の総費用）欄に「保険診療の 総費用額」を記入願います。