

◎太枠内は申請者が必ずもれなく記入してください。

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	

以下は医療機関において記入して下さい。

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) 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
	療養の給付等 (注 参照)	公費負担について 無 有 (名称) 公費負担額 円 自己負担額 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 ()		

(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。

▼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。