

重度心身障がい者医療費支給申請書

年 月 日

由布市福祉事務所長 様

下記のとおり医療費の支給を申請します。

※ 申 請 者 記 載 欄	支給対象者（障がい者）氏名	障がい者生年月日	受給者（振込口座名義人）氏名
		年 月 日	
	支給対象者（障がい者）住所		受給者番号
	(TEL)		
	加入健康保険名称	記号番号	

診 療 報 酬 証 明 書				
医 療 機 関 等 記 載 欄	病 院	診療月	年 月分	患者氏名
		区 分	診 療 報 酬 総 額	自 己 負 担 額
		外 来	点	円
		入 院	点	円
		入院日数	日	
		世帯区分	非課税 (低1 ・ 低2) ・ 一般 ・	
	上記の通り一部負担金を受領しました。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 (印)			
	薬 局	調剤月	年 月分	患者氏名
		調 剤 報 酬 総 額		薬 剤 自 己 負 担 額
		点		円
上記の通り一部負担金を受領しました。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 (印)				

市 町 村 欄	支 給 決 定		
	一 部 負 担 額 (A)	附 加 給 付 等 (B)	支 給 額 (C = A - B)
	外来 円	外来 円	外来 円
	入院 円	入院 円	入院 円
	薬剤 円	薬剤 円	薬剤 円

注 ※印の欄は、申請者が記入すること。