

由布市重度心身障がい者医療費支給申請書

令和 年 月 日

由布市長 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 明・大・昭・平・令 年 月 日	受給者(振込口座名義人)氏名 印
	支給対象者(障がい者)住所 由布市 (TEL)		受給者番号
	加入健康保険名称	健康保険証 被保険者記号番号	

受給者証に記載している受給者番号を書いてください。

診 療 報 酬 証 明 書			
医 療 機 関 等	診療月	平成 令和 年 月分	患者氏名 男・女
	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 ・ 上位 (現役並み)	
記 載 局	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		
	調剤月	平成 令和 年 月分	患者氏名 男・女
局	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。