様式第７号（第９条関係）

|  |
| --- |
| **障害者医療費助成申請書**令和　　年　　月　　日山元町長　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　受給者　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　**令和　　年　　月分**の障害者医療費の助成を次のとおり申請します。 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 氏名・性別 | 　　　　( 男・女 ) |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日生 |
| 被保険者等記号・番号 |  | 保険種類 | 国保 ・ 後期 ・ 社保(本人・扶養) |

**下表は医療機関等が記載してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 診療年月 | 令和　　　　年　　　　月　診療分 |
| 診療区分 | １ 外来(調剤含む)　２ 入院(　　　日)　３ 訪問看護（　　　回） |
| 病院・診療所・薬局記載欄 | 診療点数　　　　　　　　　　　　点 | 他法負担について**※公費ありの場合は必ず記入ください。**公費対象点数　　　　　　　点公費名称　（　　　　　　　）公費分本人負担額　　　　　　　　　　　　円 |
| 本人負担額　　　　　　　　　　　　円 |
| 施術所記載欄 | 療養費総費用額　　　　　　　　　　　　円 |
| 本人負担額　　　　　　　　　　　　円 |
| 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ記載欄 | 総費用額　　　　　　　　　　　　円 |
| 本人負担額　　　　　　　　　　　　円 |
| **医療機関名等** | 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　所電話番号氏名・名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

担当処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 | 受付印 |
| 入力印 |