第５号様式（第10条第1項）

重度心身障害者医療費等助成金給付申請書

　　　　　　　年　　月　　日

香取市長　　　　　様

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

　次のとおり重度心身障害者医療費等助成金の給付を申請します。

　なお、助成金の決定等に係る世帯課税状況、保険情報その他について、公簿等で確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | 氏　　　名 |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 住　　　所 |  | | | | | | | | |
| 受給者番号 |  | | | | | | | 管轄 |  |
| 加入保険 | 記号 |  | 番号 |  | | 名称 | |  | |

* 下記の欄は、病（医）院等の証明用です。

　　　レセプト1件につき1枚の証明をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関（薬局）証明欄 | 診　療　年　月  （診療・入院　日数） | 年　　月  （　　　日） | 診　療　区　分 | 入院  外来 | 医科  歯科  調剤 |
| 保険の種類 | 国保・社保  後期高齢 | 保険適用総点数 | 点 | |
| 自己負担割合 | 1割・2割・3割 | |
| 特定疾病受給者負担額 | 円 | 保険適用自己負担額  （窓口受領金額） | 円 | |
| 更生医療自己負担額 | 円 | 証明手数料 | 円 | |
| 上記のとおり証明します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　医療機関　所 在 地  　　　　　　　　　　　　名　　称  　　　　　　　　　　　 （氏名） ㊞  　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | |