

障害者医療費助成申請書

令和 年 月 日

塩 竈 市 長 殿

住所 塩竈市
受給者
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 対象者氏名	氏名
								男・女 大 昭 年 月 日 平 令
被保険者証 記号・番号							保険区分	1 国民健康保険
								2 社会保険(国保以外)
* 外来入院の区分	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〕		公費負担について				
		後期高齢者の自己負担額 円		無				
	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		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 _____						

***欄は医療機関で記入して下さい。**

注 接骨、はり、きゅう、マッサージの場合は、療養の給付等〔療養費の総費用〕欄に「保険診療の費用額」を記入願います。

以下、市町村の使用欄です。

	費用総額	保険者負担額	一部負担金	公費負担額	高額・附加	助成決定額
療養の給付等						
訪問看護療養分						
計						