			障害	皆 医 殯	飞費 助 成	之申 請	書						
11-		⊟n.					令和	年	月	日			
塩	電 市 長	殿											
<u>住所 塩竈市</u> 受給者													
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·												
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。													
					障害者	氏名							
受給者番号					氏名等	生年 月日	大昭平令	年	月	日生			
	i i i i i i i i i	근 글					国保 •	社保 •	後期				
記号·番号		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			- 保険者名								
※ 医		,			1								
外来入院等の区分 1 外来 2 入院(日数 日) 3 訪問看護 4 調剤 5 柔整													
	療養の給付等 (調剤等含む) ※保険対象分 のみ	診療点数											
		5 柔整	···				負担について	C		,			
		保険診療の 費用額					有(名称 4今 ①~ <i>(</i>	のお記す!	アノゼキ)			
		窓口での	円 有の場合、①~③を ①公費適用分診療点						(\ / \ C \ / C \ C \ \ \ C \ \ \ C \ \ \ C \ \ \ \	′ '0			
診療		自己負担額			F	9				点			
療点数	訪問看護療養分 ※保険対象分のみ	回数	口				②公費適用分自己負担額						
等		総費用	円				<u>円</u> ③合計自己負担額(公費適用・公費外合算)						
及 び		基本利用料	円						<u>円</u>				
医													
療機関	医療機関等	機関のコード番号											
関タ		住 戸 氏名・名科											
名等													
●調剤に関する申請の場合は、処方箋交付医療機関名称と各医療機関の点数を記入してください。									さい。				
	医療機関 名 称									点			
										点点			
以下	 、市町村の使用権	量です。					<u> </u>			灬			

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