

受給者記入欄	重度心身障害者医療費支給申請書															
	今別町長 様										年 月 日					
	申請者 住 所										氏 名 ㊟					
	受給者証	公費負担番号	8	0	0	2	0	1	1	8	加入者除保	記 号				
		受給者番号										番 号				
	受給者	氏 名									付 給 加 付	有 無	有 ・ 無			
		生 年 月 日	年 月 日									金 額	円			
	同一月内における世帯員の受領の有無	有 無	受給者氏名									一 部 負 担 金	円	高額療養費の額		
														円		
	過去1年間ににおける高額療養費支給回数	回	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 申請者氏名 ㊟													
保険医療機関等記入欄	年 月 日から 年 月 日まで分															
	医療費総額(保険診療対象分)	外 来	円		保険診療による 一 部 負 担 金	円										
		入 院	円													
	訪問看護療養費の総利用額 (保険対象分のみ)	円				回 数	回									
						基 本 利 用 料	円									
年 月 日 保険医療機関等所在地 名 称 代 表 者	㊟															
保険薬局記入欄	年 月 日分	処方箋受付回数	回		一部負担金額(保険対象分のみ)				円							
	診療報酬点数	点														
	年 月 日 保 険 薬 局 所 在 地 名 称 代 表 者 ㊟															
市町村記入欄	一 部 負 担 額 A	控除額付加給付 B				支 給 額 A-B				備 考						
	円				円				円							
	町 民 税 課 税 対 象 者 の 控 除 額 算 定 欄															
	高額療養費の世帯合算・付加給付額算定欄															