

記入例

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

南三陸町長 様

住所 南三陸町志津川字沼田○○番地

受給者 氏名 南三陸 太郎

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。

記

押印不要です

受給者証番号	0034567	障害者氏名等	南三陸 太郎 (昭和32年 1 月 ● 日生)
被保険者証 記号・番号	み南10A98765	加入保険	国保・後期・協会・組合・船員・共済・その他
		保険者名	南三陸町

※外来入院等の区分	外 来	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
		自己負担額 円	無 有(名称)
	外 来 薬 剤 分	診療点数 点	公費負担額 円
		自己負担額 円	自己負担額 円
訪問看護療養費分 (保険対象分のみ)	回 数 回 総 費 用 円 基本利用料 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ください。

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、町の使用欄です。

	総費用額	保険者負担額	一部負担額	公費負担額	高額・付加	助成決定額
療養の給付等						
外 来 薬 剤 分						
訪問看護療養費分						
計						