

障害者医療費助成申請書			
南三陸町長 様		年 月 日	
		住 所	
		受給者 氏 名	
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			
受給者証番号		障害者氏名等	(年 月 日生)
被保険者証 記号・番号		加入保険	国保・後期・協会・組合・船員・共済・その他
		保険者名	

※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
	外来薬剤分	診療点数 点	有(名称)
		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	公費負担額 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						