

| | | |
|----------------------------------|--|-------------------|
| 障害者医療費助成申請書 | | 年 月 日 |
| 南三陸町長 様 | | 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 |
| 被保険者証記号・番号 | | 加入保険 保険者名 |
| 国保・後期・協会・組合・船員・共済・その他 | | |

| ※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 (療養費の総費用) | 点 円) | 公費負担について 無 有(名称) |
| | | 自己負担額 | 円 | |
| | 外 来 薬 剤 分 | 診療点数 | 点 | |
| | | 自己負担額 | 円 | |
| 訪問看護療養費分 (保険対象分のみ) | 回 数 | 回 | 公費負担額 円 自己負担額 円 | |
| | 総費用 基本利用料 | 円 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 | | | | | | |