|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費助成金請求書  　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　請求額　金　　　　　　　円也  　ただし、　　　　年　　月分　　　重度心身障害者医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。  　上野原市長　宛  患者　氏名  請求者　住所  氏名  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 受給者番号 | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療報酬請求証明書 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名　　　　　　　　様 | | | | | 種別 | | 国保　健保　船員　共済　組合　後期 | | | | | | | | |  | |
| 本人　　・　家族 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療費　　　　　　年　　月分 | | | | | | | | | | 入院・入院外 | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 診療報酬総点数 | | | | 点 | | | | | |  | | | | |
| 他法公費負担点数  (種別　　　) | | | | 点 | | | | | |
| 当月分の保険診療に係る本人負担額 | | | | 円 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | 外来の際の薬剤に係る一部負担金 | | | | | 円 | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | 訪問看護療養費等自己負担分 | | | | | 円 | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | 入院時食事療養費における自己負担分 | | | | | | | |  | | |
| 一般 | | | | | 円×　　日＝　　円 | | |
| 市町村民税非課税世帯  (入院3箇月までの者) | | | | | 円×　　日＝　　円 | | |
| 市町村民税非課税世帯  (入院4箇月目以降の者) | | | | | 円×　　日＝　　円 | | |
| 老齢福祉年金受給者 | | | | | 円×　　日＝　　円 | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  　　　　　　　　　　年　　月　　日  関係医療機関等の所在名称  　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※　助成金決定額 | | | |  | | | | | | | | | | | | |

注　※印の欄は、記入しないでください。