|  |
| --- |
| 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。