別記第7号様式（第6条関係）

|  |
| --- |
| 産山村重度心身障害者医療費助成申請書 |
| 　　　　　　村長　様年　　月　　日申請者　住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　㊞下記のとおり、　　　　年　　月分医療費の助成を申請します。 |
| 申請者の記入欄 | 受給資格者氏名 |  | 受給資格者番号 |  |
| 当該月の他の世帯員の受診状況(高額療養費該当分のみ) | 氏名 |  | 医療機関 |  | 支払額 | 円 |
| 氏名 |  | 医療機関 |  | 支払額 | 円 |
| 氏名 |  | 医療機関 |  | 支払額 | 円 |
| 医療機関等の記入欄 | 診療月 | 　　　　　年　　月分 | 患者氏名 |  |
| 入院 | 日数 | 診療点数 | 診療(調剤)報酬一部負担金額 |
| 日 | 点 | 円 |
| 通院 | 日数 | 診療点数 | 診療(調剤)報酬一部負担金額 |
| 日 | 点 | 円 |
| 上記の一部負担金額を受領しました。　　　　　　　　年　　月　　日医療機関　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　（調剤薬局）　名称　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 市町村記入欄 | 一部負担金の額　　① | 高額療養費の額　　② | 附加給付額③ | 自己負担額④ | 助成額①－(②＋③＋④) |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

注　医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給を受けることができる場合は、高額療養費決定通知書等を添付してください。