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。