

別記第7号様式(第6条関係)

西原村重度心身障害者医療費助成申請書											
西原村長 様		年 月 日									
		住 所 西原村大字									
		申請者 氏 名 印									
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(高額療養該当のみ)	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	医 療	診 療 月	年 月 分		患者氏名						
		入院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円			
	療	通院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円			
							薬剤一部負担金	円			
	機 関 等	上記の一部負担金額を受領しました。 年 月 日									
		所在地 名称 氏名 印									
調剤薬局の記入欄	調 剤	調剤	日数	日	総点数	点	定率一部負担金	円			
								薬剤一部負担金	円		
	上記の一部負担金額を受領しました。							処方医療機関名			
年 月 日											
所在地 名称 氏名 印											
市町村記入欄	決 裁				課 長	課長補佐	係 長	係			
	助 成 決 定 額										
	支給額										
市町村記入欄	一部負担金額 ①	高額療養費額 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) 1 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下さい。
- 2 必ず1年以内に提出して下さい。(1年を過ぎると支払ができません)

## 記入上のお願い

### 1 申請者の記入欄

- (1) 「当該月の他の世帯員の受診状況」欄は、助成申請を行う診療月に、受給資格者以外に高額療養費に該当する世帯員がいれば記入してください。

### 2 医療機関等の記入欄

- (1) 「定率一部負担金」欄は、2割、3割などの定率の一部負担金の額を記入してください。
- (2) 「薬剤一部負担金」欄は、通院で薬剤の支給を受けた場合の一部負担金の額を記入してください。