

重度心身障害者医療費助成金請求書

令和 年 月 日

請求額 金 円也

ただし、 年 月分 重度心身障害児・者の助成を受けたく、助成金の金額を証する書面を添えて請求します。

南アルプス市長 殿

受給者

住 所 南アルプス市

氏 名 印

生年月日 (明・大・昭・平・令 年 月 日)

電話番号 ()

受給者番号

診療報酬請求証明書

患者氏名 様 診療費 年 月分

種別	国保・健保・共済・組合・医師国保・建設国保・船員・後期	入院外	入院
	本人・家族・退職	負担割合	1割・2割・3割
		日/月	日

診療報酬総点数 (保険診療分の点数)	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

訪問看護療養費自己負担分
円 × 日 = 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(90日までの入院)
円 × 日 = 円
市町村民税非課税世帯(過去12箇月で90日を超える入院)
円 × 日 = 円

※入院時食事療養費は、18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある重度心身障害児のみ対象です。

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

保険医療機関等の所在地・名称・氏名・電話番号

印

※ 下記の欄は記入しないで下さい。

保険種別	公費番号・点数	診療報酬総点数	自己負担額	高額療養費他	助成金決定額
国保 社保 後期	番号	点	円	高額費	円
	点数			その他	
	点	円	備考		
自己負担限度額		円			