様式第９号（規則第９条関係）

重度心身障がい者医療費助成申請書

申請者記入欄

佐　野　市　長　様　　令和　　年　　月　　日

受給資格者（申請者）　住　所　佐野市

氏　名

電　話　　－　　－

受給者番号				加入保険	被保険者氏名								
受診者	氏　名				保険証記号番号								
					保険者	番　号							
	生年月日	SHR　　年　　月　　日				名　称							

振込先	変更なし	※振込先を変更する場合は、変更届が必要となります。受給資格者証・受給資格者の通帳をご持参の上、手続きをしてください。
	変更あり	

同一月かつ同一保険において一部負担金 21,000 円以上支払った家族の有無	有　・　無

□　すでに助成を受けている重度心身障がい者医療費を合算対象とする、高額介護合算療養費および外来年間合算による給付を受けた場合は、今後助成する医療費から調整することに同意します。

備考　付加給付又は高額療養費の支給があるときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄

保険診療証明書

保険種類	国保・社保・後期高齢者	自己負担割合　１・２・３　割	特定疾病療養受療証の有無	有・無

診療年月		保険診療合計点数			他法負担点数	自己負担金額（領収済額）	備考
年	月	入院日数	入院点数	外来点数			

令和　　年　　月　　日　　医療機関等　所在地

名　称

氏　名　　㊞

診療月（科）	保険診療合計	一部負担金	控除額の内訳				医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	付加給付額	控除額計	

備考　太枠欄は、記入しないでください。