（様式第７号）

福祉医療費支給申請書

（障害・乳幼・子ども・母・父・子・寡婦）

 年　　　月　　　日

　島原市長　様

　下記のとおり、医療費の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※申請者・受給者 | 氏　名 |  　印 | 患者（支給対象者）との続柄 |  |
| 住　所 | 　 | 電話　 |
| 受給者証記号番号 |  | 患者（支給対象者）生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 加入保険の名称 |  | 記号番号 |  | 患 者 氏 名（支給対象者） |  |
| 他の世帯員の受診状況 | 氏名 | 　 | 医療機関名 | 　 | 入院外来 | 支払金額 | 円 |
| 医療機関 | 診療報酬証明書 |
| 　　　　年　　　　月分 | 日ごとの保険診療による一部負担金が月の上限1,600円を超えるまで記入してください。 |
| 保険診療総点数 | 入院 | 点 | 外来調剤 | 点 |
| 日目　　　　点数　　　一部負担金額印　　　　　日目　　　　　点　　　　　　　　円　日目　　　　　点　　　　　　　　円　日目　　　　　点　　　　　　　　円 |
| 入院日数 | 日 | 外来日数 | 日 |
| 保険診療に対する一部負担金 | 入院 | 円 | 外来調剤 | 円 |
| 高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金 | 入院 | 点 | 外来調剤 | 点 | 医療機関の所在地名　　称氏　　名 | 医療機関コード |
| 入院日数 | 日 | 外来日数 | 日 | 　　　　　 　　　 |
| 入院 | 円 | 外来調剤 | 円 |
| 公費負担 | 点　 |
| 支給決定 |
| 　 | 一部負担金(A) | 高額医療費(B) | 附加給付額(C) | 自己負担額(D) | 支給額（A-B-C-D） (E) |
| 入院 | 　 | 課・非 |  | 有・無 | 　 | 　 | 　 |
| 外来 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |
| 計 | 　 |  | 　 | 　 | 　 |

注１　※印の欄は申請者が記入すること。

　　 ・他の世帯員の受診状況欄は21,000円以上を同月内に支払った者について記入すること。

　２　━━線枠内は、医療機関において記入すること。

　　 ・入院については、当該月の入院日数を併せて記入すること。

　　 ・外来については、当該月のほか外来日数を併せて記入すること。

　　 ・障害者で高齢者の医療の確保に関する法律の適用者にあっては、「高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金」の欄に記入することとし、外来については、当該月の一部負担金額を併せて記入すること。

　３　━━線枠内の医療機関の証明については、医療機関の発行する領収書（証明事項の記入されたものに限る。）により代えることができる。