（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。