

課長	課長補佐	係長	係

第8号様式

受付番号

号

重度心身障害者医療費助成金支給申請書（後期高齢者用）

年 月 日

殿

申請者氏名	(印) 対象者氏名（続柄）	
申請者住所		
受給資格者証	身（身体障害者・知（知的障害者・重（重複障害者 第 号	
加入保険	被保険者氏名	記号・番号

医療機関等証明書（この欄はお手数ですが医療機関等で記入願います。）

診療月	年 月 日 ～ 年 月 日					
高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療総合点数	入院	点	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による一部負担金	入院	区分	一般・低所得世帯・低所得世帯かつ老・特定疾患 年齢福祉年金受給者・自立支援
	外来	点	—	—	金額	円
訪問看護療養費			看護療養費に係る基本利用料	—	区分	病200以上・病200未満・診定率・診定額 (円× 回)
			円	—	金額	円
			看護療養費に係る基本利用料	—	区分	定率額・定額制 (円× 日)
			円	—	金額	円
うち他法制度負担分		点	証明手数料利用料の徴収		有 () 円・無	
処方せんを交付した医療機関の名称						
医療機関等の所在地				年 月 日		
" 名称						
開設者氏名				(印)		

※支給決定伺（この欄は市町村で記入します。）

決 済 欄	一部負担金又は基本利用料 A	高 額 療 養 費 B	付加給付額その他の控除額 C	自 己 負 担 額 (A - B - C) D	証 明 手 数 E	給 付 決 定 額 (D + E)
入 院	円	円	円	円	円	円
外 来	円	円	円	円	円	円
薬剤 (外来)						
訪問看護	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

(注) 1 この申請書を提出されるときは、受給資格者証をお持ちください。
2 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。