

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	年月分（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	区分 一般・低所得世帯・低所得世帯かつ老・特定疾患福祉年金受給者・自立支援	入院 区分 金額	低所得世帯かつ老・特定疾患福祉年金受給者・自立支援 円
	外来	点				
訪問看護療養費	円	看護療養費に係る基本利用料	区分 金額	定率額・定額制（円×日）		円
うち他法制度負担分	点	証明手数利用料の徴収	有（）円・無			
処方せんを交付した医療機関の名称						
年月日						
医療機関等の所在地 リ　　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								
区分	一部負担金又は基本利用料A	高額療養費B	付加給付額その他控除額C	自己負担額(A-B-C)D	証明手数料E	給付額(D+E)	決定期額	
入院	円	円	円	円	円	円	円	
外来	円	円	円	円	円	円	円	
薬剤（外来）								
訪問看護	円	円	円	円	円	円	円	
計	円	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。