様式第5号の2(第9条関係)

# (障) 重度心身障害者医療費支給申請書(精神通院医療)

年　　月　　日

(宛先)飯　能　市　長

住　所
申請者
氏　名
(電　話　　)

下記のとおり医療費を申請します。

| 自立支援医療　受給者番号 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 受給者 | | | 加入医療保険 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 受給者証番号 | | | 世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 | |
| | ふりがな | | | 市民税の状況 | 課　税　・　非課税 |
| | 氏　名 | | | 記号・番号 | |
| | 生年月日 | 年　月　日 | | 保険者名称 | 国民健康保険　・　国民健康保険組合　・　全国健康保険協会<br>健康保険組合　・　共済組合 |

※上の申請書欄は、申請者が記入し、申請書は月別、医療機関等別、入院・通院別に作成してください。

| 入院　　日 | 外来　　日 |
|---|---|

## 領　収　証

¥

ただし、　　年　　月分保険診療一部負担金(他法本人負担金　　円含む。)
入院時の食事療養に係る標準負担額及び生活療養に係る標準負担額を含まない。

| 保険診療総点数 | 点 | 内　自立支援医療適用の診療分　A | 点 |
|---|---|---|---|
| | | 内　その他の診療分(内科等)　B | 点 |

| 上記 A欄 の点数の内、自立支援医療(公費２１)の負担分点数 | 点 |
|---|---|

年　　月　　日

コード

医療機関等　所在地
名　称
様　　氏　名　　印

※
・上の領収書欄は、医療機関等で記入してください。なお、保険外の分に係る費用は含めないでください。
・他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
・点数で記入できない場合は、保険診療総点数欄に10割分の金額で記入し、点を円に訂正してください。

※　上の領収書欄へ証明を受ける代わりに、医療機関等で発行された領収書等を添付して申請する場合は、①受給者氏名、②診療年月(診療年月日)③医療保険対象総点数、④受領額、⑤発行年月日、⑥発行者名(医療機関等名)の全てが記載された領収書等を添付してください。

| 処理欄 | 保険診療分一部負担額 | 高額療養費支給額 | 付加給付支給額 | 支　給　額 |
|---|---|---|---|---|
| | 円 | 円 | 円 | 円 |