様式第７号(第７条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費助成金請求書  請求額　金　　　　　　　円也  　　　　　年　　月分重度心身障害者医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて請求します。  　　　　　年　　月　　日  　(宛先)甲州市長  患者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (請求者)住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 受給資格者番号 | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療報酬請求証明書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名　　　　　　　　様 | | | | 種別 | | 後期高齢 | | | 国保 | | | | | 協会  けんぽ | 船員 | | 共済 | | | 組合 |  |
| 一般 | | 退職被保険者 | 退職被扶養者 | |
| 本人・家族 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療費　　　　年　　月分 | | | | | 科 | | | | | | | | 入院・入院外 | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 診療報酬総点数 | | | | | | 点 | | | | | | | | | |  | | | |
| 他法公費負担点数 | 自立支援1割精神・更生 | | | | | 点 | | | | | | | | | |  | | | |
| 当月分の保険診療に係る本人負担額 | | | | | | 円 | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 訪問看護療養費等  自己負担分 | | | | | 円 | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 入院時食事療養費における自己負担分（注Ⅰ） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | 一般 | | | | | 円×　　　回＝　　　　円 | | | | | | | | | | |  | | | |
| 市町村民税非課税世帯  入院９０日までの者 | | | | | 円×　　　回＝　　　　円 | | | | | | | | | | |
| 市町村民税非課税世帯  入院９０日を超える者 | | | | | 円×　　　回＝　　　　円 | | | | | | | | | | |
| （注Ⅰ）重度心身障害児の方のみ対象となります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。  　　　　　年　　月　　日  関係医療機関等の所在名称  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| ※　助成金決定額 |

(注Ⅱ)　※欄は記入しないこと。