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。