

		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） 令和 年 月 日			
奄美市長 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点数	入院	点	区分	低所得世帯かつ老一般・低所得世帯・特定疾患 年齢福祉年金受給者
			金額	円
	外来	点	区分	診定額 病200以上・病200未満・診定率・
			金額	(円× 回) 円
訪問看護療養費	円	訪問看護療養費に係る基本利用料	区分	定率制・定額制 (円× 日)
			金額	円
うち他法制度負担分	点	証明手数料徴収の有無	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		令和 年 月 日		
名称				
開設者氏名		㊟		

※支給決定伺(この欄は,市町村で記入します。)

区分	一部負担金又は基本利用料 A	高額医療費 B	付加給付額その他の控除額 C	自己負担金(A-B-C) D	証明手数料 E	支給決定額(D+E)
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
訪問看護	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

(注)

「医療機関等証明書」欄は、医療機関等で一月分をまとめて記入してもらってください。

- 1 助成金支給申請は、診察を受けた月の翌月から起算して六月以内に行ってください。
- 2 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。