

県障医療費助成申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住所 糸魚川市
氏名

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名	□申請者に同じ	記号・番号	
		被保険者氏名	□申請者に同じ
受診 医療機関名		受診年月	年 月
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協	口座番号	普・当・貯
		フリガナ	
	支店 出張所	口座名義人	

- 注 1 本紙は、受診した月ごとに1枚必要です。
2 本紙は、医療機関ごとに1枚必要です。

市町村確認欄

県障助成決定額	円
---------	---

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----
(年 月診療分)

		保険診療点数	支払額(一部負担額)
外来 調剤	月の初回受診日	点	円
	月の2回目受診日	点	円
	月の3回目受診日	点	円
	月の4回目受診日	点	円
	月の5回目以降	点	円
	合計	点	円
入院	入院日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	入院日数	入院中の保険診療点数	支払額(一部負担額)
	日	点	円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当 回
訪問 看護	利用日数	保険適用療養費の額	支払額(一部負担額)
	日		円
他法負担の有無		障害者自立支援法・母子保健法・児童福祉法・その他 ()	

様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。

年 月 日

所在地
医療機関等 名称
氏名

印

- ※ 支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないこと)。
※ 上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

(裏 面)

注 意 事 項

1 助成額について

(1) 対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が助成額となります。なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。ただし、受給者のうち 18 歳に達する日以後最初の 3 月 31 日までの間にある方については、一部負担金はありませんので、対象者の療養に要した費用から他法負担額及び保険給付額を控除した額が助成額となります。

ア 外来の場合は、月の初日から 4 回目まで受診日ごとに 530 円（その日の自己負担額が 530 円に満たないときは当該額）

イ 入院の場合は入院した 1 日につき 1,200 円で計算した額

ウ 訪問看護の場合は利用した 1 日につき 250 円で計算した額

(2) 入院時の食事療養に係る標準負担額については、保険者等から減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。この場合は、減額された標準負担額が助成額となります。

2 同月中に、外来と入院と訪問看護があった場合には、それぞれの助成申請書が必要です。

例) (1) 外来、入院又は訪問看護のいずれかの場合	1 枚
(2) 外来と入院の場合	2 枚
(3) 外来と入院、再入院の場合	2 枚
(4) 外来と入院と訪問看護の場合	3 枚

3 不明な点は、糸魚川市福祉事務所にお問い合わせください。