

心身障害者医療費給付申請書（精神用）

令和 年 月 日

笠岡市長 殿

下記のとおり、医療費の給付を申請します。
 給付金の請求に関することは、笠岡市 健康福祉部 地域福祉課長に委任します。
 給付金は下記口座に振り込んでください。
 なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得並びに国民健康保険及び後期高齢者医療制度の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名			受給資格者 との続柄		
申請者住所	〒 笠岡市		TEL ()	-	
受資格 給者	フリガナ	-----		受給資格者 の生年月日	昭・平 年 月 日
	氏 名			令 年 月 日	
	加入保険者名 (保険者番号)	保 険 記号番号		受給資格者番号	

診療年月	令和5年 月分	※複数の医療機関等の申請がある場合は、医療機関等毎に申請書を提出してください。			
医療機関等の名称☆		所在地			

受診科	入・外	請求期間	発行日	保 険	
				合 計	負担額
	入・外	平・令 年 月 日 ~ 月 日	平・令 年 月 日	円	円
		平・令 年 月 日 ~ 月 日	平・令 年 月 日	円	円
		平・令 年 月 日 ~ 月 日	平・令 年 月 日	円	円
		平・令 年 月 日 ~ 月 日	平・令 年 月 日	円	円
		平・令 年 月 日 ~ 月 日	平・令 年 月 日	円	円
計				円	円

※領収証又は療養費支給決定通知書を添付してください。
 ※「入・外」区分の「外」には、指定訪問看護を含みます。

口座 番号	金融機関の名称	() 銀行・信金・信組・農協 () 本店・支店・支所・出張所				
	口座種別と 口座番号	普 通 預 金	口座番号			
	フリガナ	-----				
	名 義 人					

市町 村 記入 欄 ※	診療年月	2 0					
	給付決定	総医療費 (A)	窓口負担額 (B)	高額療養費 自己負担限度額 (C)	他法公費自己負担 額(月額)(D)	単県公費一部負担 額(月額)(E)	単県公費 償還給付額 (F)
		円	円	円	円	円	円
		システム入力	支出命令				
	月 日	月 日					

※(E)欄は、一部負担額に達しない場合はその額を記入してください。(F)欄がマイナスにならによる留意。
 ※(現物化されない)他法公費に該当する場合は、(F)=(D)-(E) ※(D)欄に他法公費番号を記入のこと。
 ※高額療養費に該当し、他法公費に該当しない場合は、(F)=(C)-(E)
 ※高額療養費及び他法公費に該当しない場合は、(F)=(B)-(E)