

重度心身障がい者医療費支給申請書

年 月 日

(申請先) 新 座 市 長
(障がい者福祉課)

住所 新座市 丁目 番 号
申請者 氏名
電話番号 ()

条例第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。

助成請求金額	入院	年 月 (日分) (食事療養費算定回数: 回)	保険診療一部負担金 円	
			食事療養費標準負担額 ※注2 210円× 回= 円 160円× 回= 円 130円× 回= 円 100円× 回= 円	
	外来	年 月 (日分)	保険診療一部負担金 円	
受給者	氏名		生年月日	年 月 日
	重度心身障がい者医療費 受給者証番号			

注1) 助成請求金額欄(及び下記医療機関等欄)は、医療機関等が医療保険の保険診療一部負担金について証明する欄です。領収書を紛失したときなど領収書を添付できない場合、医療機関等に証明を依頼するときに使用してください。

注2) 入院時食事療養費標準負担額の助成は、令和3年4月診療分から廃止となりました。

所在地(住所)
医療機関等 名称
氏名



※太枠内を御記入ください。また、登録内容が変わったとき(保険証については自己負担割合等の内容変更含む)は、別途届出が必要です。

↑領収書はこちらにホチキスで留めてください。