

重度心身障がい者医療費支給申請書

（申請先）

〇〇年△△月××日

新座市長

（障がい者福祉課） 申請者

住所 新座市〇〇 × 丁目 △ 番 □ 号

氏名 新座 花子

電話 〇〇〇（×××）△△△△

条例第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。

計	重度心身障がい者医療費受給者証（桃色）の受給者証番号	給付の額	ご加入中の健康保険証の内容を記入してください。
内訳 一部	入院時食事療養費標準負担額	高額療養費の額	
その他	円		

受給者	受給者証番号	〇〇〇〇〇〇〇	加入医療保険	被保険者・組合員氏名	新座 太郎
	フリガナ氏名	ニイザ ハナコ 新座 花子		記号・番号	1 2 3 ・ 4 5 6
	生年月日	〇〇年 △月 ×日		名称	□□□□□組合

領 収 書

入院 日 外来 日

※領収書（受診者氏名・診療年月日・保険診療総点数もしくは保険診療の総額・一部負担金・医療機関名・診療科の記載のあるもの）をホチキスで添付してください。

・申請書は分けて提出してください。

☆診療月別 ☆医療機関別 ☆医科・歯科別 ☆入院・通院別

〈例〉4月「××調剤薬局」、4月「△△歯科」、4月「〇〇病院（入院）」、
4月「〇〇病院（通院）」、5月「××調剤薬局」、
5月「△△歯科」、5月「〇〇病院（通院）」

このように受診した場合は、計7枚の申請書が必要になります

2 領収書欄の他法負担分点数は、結核予防法等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

3 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。