

県障医療費助成申請書

令和 年 月 日

十日町市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号 ()

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		記号・番号	
		被保険者氏名	
受診 医療機関名		受診年月	年 月
			* 県障認定 有 無
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	口座番号
			フリガナ
			口座名義人

- 注 1 署名をもって記名押印に代えることができます。
2 本紙は受診した月ごとに1枚必要です。
3 " 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)	* 県障助成額
外来 調剤	月の初回受診日	点	円	円
	月の2回目受診日	点	円	円
	月の3回目受診日	点	円	円
	月の4回目受診日	点	円	円
	月の5回目以降	点	円	円
	合計	点	円	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)	* 県障助成額
	日	点		円
	食事療養を受けた回数	回	うち長期該当 回	* 県障助成額
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)	* 県障助成額
	日			円
他法負担の有無		障害者総合支援法・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

- ※ 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。

第8号様式

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。

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。

* 上記助成金は保険医療機関（総合病院においては診療科単位）、訪問看護事業所ごとに計算されます。

- (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 同一月中に、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、市の担当窓口におたずねください。