

- (注) 1. 申請書は、診療月ごと、医療機関ごと、入院・外来・歯科・調剤別に分けて作成してください。  
 2. 申請書は、診療月の翌月以降に提出してください。(申請期限は診療月から一年以内です。)  
 3. 健康保険証・住所・氏名に変更がある場合は、必ず届けてください。

様式第5号

受付

申請者記入欄	<b>重度心身障害者医療費助成申請書</b>		
	佐賀市長様		令和 年 月 日
	下記のとおり申請します。		
	申請者	住所 佐賀市	
	(連絡先 ー)		
	氏名		(携帯電話 ー ー)
資格証を見て記入	整理番号		助成対象者氏名
			生年月日
			明・大・昭・平・令 年 月 日
	加入保険の名称		記号・番号
			被保険者氏名

※健康保険による領収書添付での申請の場合は太枠内のみご記入ください。

医療機関記入欄	保険診療額 (領収) 証明											
	患者氏名									1. 後期高齢者 2. 前期高齢者 3. 一般		
	診療年月		H・R		年		月		通院または入院日数			日
	診療区分		1. 入院			2. 外来			3. 調剤			
	保険診療点数											
	公費負担点数①											
	一部負担額											
	訪問看護利用料		①公費種別									
			更生医療・長期疾病・特定疾患・精神通院									
	上記金額を受領しました。											
年 月 日												
医療機関等の所在地及び名称												
(印)												

障がい福祉課記入欄											
通番											
整理番号											
申請月				5							
診療月				5							
診療区分											
入院日数											
医療機関CD											

医療費											0
一部負担額											
高額医療費											
端数調整額											
附加給付額											
訪問看護料											
助成額											

家族同月21,000円以上 あり・なし