

記入見本

②医療費受給資格証の一番上にある8桁の数字です。

③④⑤

受診月時点で加入している健康保険の内容を記載しているか確認してください。

①昼間に連絡可能な連絡先をご記入ください。

重度心身障害者医療費受給資格証	
整理番号	01234567
氏名	
生年月日	
住所	
氏名	
住所	
名称	〇〇健康保
記号・番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者氏名	佐賀次郎
対象者との続柄	
有効期限	
佐賀市長 	

様式第5号 受付

重度心身障害者医療費助成申請書

佐賀市長様 令和 年 月 日 E
 下記のとおり申請します。
 申請者 住所 佐賀市栄町1番1号
 氏名 佐賀太郎 (連絡先 40-7251)
 (携帯電話 080-〇〇〇〇-××××)

整理番号	助成対象者氏名	生年月日
②	佐賀太郎	明・大 昭・平・令 〇年 〇月 〇日
加入保険の名称	記号・番号	被保険者氏名
③ 〇〇健康保険	④ 〇〇〇〇〇〇〇〇	⑤ 佐賀次郎

医療機関記入欄

＜医療機関に証明してもらう際に使用＞

※「助成申請書の提出方法」のうち(2)の方法で提出される際に医療機関の証明を受けてください。
 ※医療機関の証明で提出される場合は、申請書裏面への『領収書(原本)』の添付は必要ありません。

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 分	通院または入院日数		
診療区分	1. 入院	2. 外来	3. 調剤	
保険診療点数				点
公費負担点数				点
一部負担				円
訪問看護利用				機関名
①公費種別				目
上記金額				
医療機関				

(※) 法人の場合は、記名押印してください。法人以外でも、本人(代表者)が目者しない場合は、記名押印してください。

【助成申請書の提出方法】

(1)領収書を貼り付ける方法
 (※領収書は原本で提出)
 ○申請書の裏面に、のり付けて提出。
 ※領収書の受診日・点数・金額が記載された面を表にする。
 →領収書の分け方は「重要」のチラシを参照(オレンジ色の紙)
 →領収書の貼り方は裏面の「領収書の貼り方について」を参照

(2)医療機関の証明を受ける方法
 ○申請書の表面にある「医療機関記入欄」に医療機関からの証明を受けて提出。

障がい福祉課記入欄		医療費	
通番			0
整理番号			
申請する対象者の受診月に同保険加入の家族で同月21,000円以上医療費がかかった者がいれば「あり」、いなければ「なし」に「○」をつける。		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	

市役所記入欄

○同封の申請書は申請者記入欄を記入した後、コピーの原本としてご利用ください。
 ○申請の際は、原本を必要な枚数コピーして、提出してください。

※裏面は「領収書の貼り方」について記載