

佐伯市重度心身障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

佐伯市長 様

下記のとおり医療費の支給を申請します。

申請者記入欄	受給者証番号		
	佐 障 第		号
	支給対象者氏名	受給者氏名 ※支給対象者と同一の場合記載不要	
	明・大・昭・平・令 年 月 日生	明・大・昭・平・令 年 月 日生	
受給者住所			
佐伯市			
(TEL:)			

医療機関記入欄	診 療 報 酬 証 明 書			
	診 療 月	令和 年 月	患者氏名 男・女	
	保 険 診 療	入院 円	医療機関の所在地・名称 印 (TEL)	
	総 額	外来 円		
	他方公費負担額			
	保 険 診 療	入院 円	医 療 区 分	一般・後期高齢
自 己 負 担 額	外来 円			

調剤薬局記入欄	診 療 月	令和 年 月	患者氏名 男・女	
	調 剤 報 酬 総 額	円	調剤薬局の所在地・名称 印 (TEL)	
	調剤報酬自己負担額	円		

市記入欄	支 給 決 定		
	一部負担金 (A)	付加給付 (B)	支給額 (C=A-B)
	世帯区分	課 税 高 所 得 非 課 税 高額療養4回以降 長 期	