

# 佐伯市重度心身障害者医療費支給申請書

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 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (印)	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 (印)
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 総 額	入院 円 外来 円	医療機関の所在地・名称  印 (TEL )
	他方公費負担額		
	保 険 診 療 自 己 負 担 額	入院 円 外来 円	医療区分 一般・後期高齢

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		調剤薬局の所在地・名称  印 (TEL )
	調剤報酬自己負担額		

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 高額療養4回以降	非 課 税 長 期