|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第６号（第９条関係） | 加入保険 | 国保・社保等・後高 |
| 　　　　重度心身障害者医療費助成申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日喜多方市長　様申請者　住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 受給者証記号番号 | 喜多方 | 受　給　者 | 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 大・昭平・令　　　　年　　　月　　　日 |
| 入院　・　入院外　・　歯科　・　調剤　・　その他 |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関記入欄 | 保険診療証明書　　　　　年　　　月診療分 |
| 医療の給付 | 保険診療合計点数 | 点 | 薬剤一部負担金額・① | 円 |
| 負担金額(①を除く。)・② | 円 |
| 食事の療養 | 入院日数食事提供日数(a) | 日 | 入院時食事療養費定額負担日額　(b) | 円 | 入院時食事療養費定額負担月額〔(a)×(b)〕・③ | 円 |
| 日 |
| 合計受領金額　　　　　①＋②＋③ | 円 |
| 　　年　　　月　　　日 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関　名　称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 　　　　　　　　薬　　局 氏　名 |

|  |
| --- |
|  高額療養費支給に関する確認書(申立書)　下記のとおり確認(申立て)します。　　　　年　　月　　日確認(申請)者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　喜多方市長 |
| 療養を受けた者の氏名 | 療養を受けた病院・診療所等 | 病院等で支払った一部負担金等 | 世帯合算額から控除する額 | 高額療養費支給決定額 | 摘要 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合計 | 　 | 　 | 円 | 円 | 　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人支払額 | 附加給付額 | 高額療養給付額 | 助成決定額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |

　太線の枠内は、申請者が記入してください。

（注）１　あなたが70歳未満であり、２万1,000円以上の医療費を支払ったが高額療養費に該当しない場合　　「高額療養費支給に関する申立書」として記入してください。

２　あなたが75歳未満であり、国民健康保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、国民健康保険担当課で確認を受けてください。

３　あなたが75歳未満であり、国民健康保険以外の保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、保険者から交付された「高額療養費支給決定通知書」又は「高額療養費の積算基礎が確認できる書類」をこの申請と同時に提示してください。

４　あなたが後期高齢者医療の被保険者であり、後期高齢者医療広域連合から高額療養費の支給を受けることができる場合、市町村の後期高齢者医療担当課で確認を受けてください。

５　あなたが後期高齢者医療の被保険者であり、個人単位、世帯単位のいずれも高額療養費算定基準額未満で高額療養費に該当しない場合、「高額療養費支給に関する申立書」として記入してください。

６　申立書等欄の記入のため、病院からの領収書は、家族の分も含め、保管してください。

７　申立書等欄に、記入漏れ又は偽りの申立てを行った医療費の給付を受けた場合は、給付を受けた額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。

８　精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方は、入院に係る給付申請を提出するとき、「重度精神障害者の入院治療に係る保険診療証明書」を添付してください。