

重度心身障がい者医療費支給申請書（精神通院医療費）

（申請先）

〇〇年△△月××日

新座市長

（障がい者福祉課） 申請者

住所 新座市〇〇 × 丁目 △ 番 □ 号

氏名 新座 花子

電話 〇〇〇（×××）△△△△

条例第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。

計	円		円		円
内訳	一部負担金の額	円	付加給付の額		
	入院時食費標準負担額		医療費の額		
円					
その他					

重度心身障がい者医療費受給者証（緑色）の受給者証番号

自立支援医療受給者証（白色）の受給者証番号

受給者	受給者証番号	〇〇〇〇〇〇	加入医療保険	自立支援医療番号（7桁）						
	フリガナ	ニイザ ハナコ		被保険者・組合員氏名	新座 太郎					
	氏名	新座 花子		記号・番号	1 2 3 ・ 4 5 6					
	生年月日	〇〇年 △月 ×日		名称	□□□□□組合					

領収書

ご加入中の健康保険証の内容を記入してください。

受診者

※領収書（受診者氏名・診療年月日・保険診療総点数もしくは保険診療の総額・一部負担金・医療機関名・診療科の記載のあるもの）をホチキスで添付してください。

・申請書は分けて提出してください。

☆診療月別 ☆医療機関別 ☆医科・歯科別 ☆入院・通院別

〈例〉4月「××調剤薬局」、4月「△△歯科」、4月「〇〇病院（入院）」、
4月「〇〇病院（通院）」、5月「××調剤薬局」、
5月「△△歯科」、5月「〇〇病院（通院）」

このように受診した場合は、計7枚の申請書が必要になります

※太枠内を御記入ください。また、登録内容が変わったとき（保険証については記号番号等の内容変更含む）は、別途届出が必要です。

- 1 領収書欄は、医療機関等が医療保険の保険診療一部負担金について証明する欄です。領収書を紛失したときなど領収書を添付できない場合、医療機関等に証明を依頼するときに使用してください。
- 2 領収書欄は自立支援医療（精神通院医療）対象の診療月、診療実日数、保険診療点数を記載してください。