

公費医療負担額助成申請書兼請求書

※右の太枠内のみご記入ください。

対象者	フリガナ											公費の種類					
	氏名											<input type="checkbox"/> 特定疾患治療研究事業 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患治療研究事業 <input type="checkbox"/> 肝炎治療特別促進事業 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院) <input type="checkbox"/> 結核患者の医療 <input type="checkbox"/> 肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療 <input type="checkbox"/> その他					
	(生年月日)	年	月	日													
加入保険	住所																
	被保険者氏名					保険者名											
	記号					番号				保険者番号							
医療費の受取方法(どちらかに○を付けてください) →										1. 口座振替				2. 窓口払			
金融機関コード						店番				口座名義人フリガナ							
振込先金融機関		銀行・信用金庫 農協・信用組合				支店・支所 出張所				口座名義人氏名							
口座番号										1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄							
上記のとおり、医療費の助成の申請及び請求をします。																	
請求者 加古川市長 様 年 月 日 住所 氏名 TEL () -																	
※口座の名義人が請求者と異なる場合は以下の委任状に記入してください。																	
委任状																	
代理人住所 氏名 年 月 日 このたび上記の者を代理人と定め医療費受領の権限を委任します。 委任者住所 署名又は記名押印 印																	

※下記は事務処理欄ですので、記入しないでください。

支給決定額	保険点数	点	福祉医療制度	区分	高齡期・乳幼児・子ども・母(父)子・障害・高齡障													
	総医療費	円			障	県心身・市心身・県精神・市精神	前期	3・普・Ⅱ・Ⅰ										
	療養費支給決定額	円			移	一般・Ⅱ・Ⅰ・経	乳	乳・就	負担区分	一般・低・経								
	自己負担額	円		受給者番号														
	一部負担金	円		診療区分	1. 入院			6. 補装具			10. 高額							
	高額療養費支給決定額	円			2. 入院外			7. 柔整			11. ハリ・灸							
	附加給付金	円		医療機関名	3. 歯科			8. 歯科入院			12. アンマ・マッサージ							
	その他	円			4. 調剤			9. その他										
	支給決定額	円		備考														
					診療期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間											

確認欄												限度額(高齡期移行)				受付印			
												低所得Ⅱ	8,000円	24,600円					
<input type="checkbox"/> 療養費(国保・後期・社保・なし)												低所得Ⅰ	8,000円	15,000円					
<input type="checkbox"/> 高額(国保・後期・社保・なし)												一部負担金(その他)							
入院月に○	1	2	3	4	5	6	長期入院 該当・非該当	一般	600円	2,400円									
	7	8	9	10	11	12		低	400円	1,600円									
												支給決定年月日							
												コード							