

加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成金支給申請書

年 月 日

加古川市長 様

申請者氏名	
-------	--

下記のとおり申請します。
 なお、この申請にあたり、市が私及び世帯（※）に属する市民税課税状況を調査することに同意します。
 ※加古川市自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成制度における「世帯」とは、受診者と同一医療保険で認定されている範囲です。

受給者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 -		
	個人番号		電話 () -	
受給者番号			自立支援医療受給者証に記載された自己負担上限額	(円)
指定自立支援医療機関名	病院又は診療所名			
	薬局名			
	訪問看護事業所名			
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
診療年月	年 月 ~ 年 月			
助成申請額		円	※裏面に助成申請額の算定欄あり。	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 受給者本人（下記の欄への記入不要） <input type="checkbox"/> 受給者本人以外（下記の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 -		
		電話 ()	-

〈注意事項〉
 指定自立支援医療機関の発行した領収証を添付してください。

《裏面に続く→》

助成申請額の算定欄

診療年月	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院以外	<input type="checkbox"/> 入院と入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円	円
診療年月	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院以外	<input type="checkbox"/> 入院と入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円	円
診療年月	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院以外	<input type="checkbox"/> 入院と入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円	円
診療年月	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院以外	<input type="checkbox"/> 入院と入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円	円
診療年月	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院以外	<input type="checkbox"/> 入院と入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円	円
診療年月	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院以外	<input type="checkbox"/> 入院と入院以外
年 月分	自己負担額 (A)	円	円	円
	助成事業の自己 負担上限額 (B)	円	円	円
	助成申請額 (A - B)	円	円	円
	助成申請額 の 合 計	円		