第８号様式（第7条関係）

受付番号	号

重度心身障害者医療費助成金支給申請書(後期高齢者用)

年　　月　　日

鹿児島県屋久島町長　殿

（TEL　　）

申請者氏名	印	対象者氏名（続柄）	
申請者住所			
受給資格者番号	身（身体障害者）　・　知（知的障害者）　・　重（重複障害者）　第　　号		
加 入 保 険	被保険者氏名	記　号・番　号	

医療機関等の証明書（この欄は、お手数ですが医療機関等で記入願います。）

診療月	年　　月分（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）					
高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療総点数	入院	点	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に係る一部負担金	入院	区分	一般・低所得世帯・　低所得世帯かつ老齢福祉年金受給者　・特定疾患
					金額	円
	外来	点		外来	区分	病200以上・病200未満・診定率・　診定額（　円×　回）
					金額	円
訪問看護療養費		円	訪問看護療養に係る基本利用料		区分	定率制・定額制（　円×　日）
					金額	円
うち他法制度負担分		点	証明手数料徴収の有無		有（　円）・無	
処方せんを交付した医療機関の名称						

令和　　年　　月　　日

医療機関等の所在地

名　称

開設者氏名　　㊞

※支給決定伺（この欄は、市町村で記入します。）

決　裁　欄		課長		補佐		係長		係	

区分	一部負担金又は基本利用料 A	高額医療費 B	付加給付額その他の控除額 C	自己負担金（A－B－C） D	証　明手数料 E	支給決定額（D＋E）
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
薬剤(外来)	円	円	円	円	円	円
訪問看護	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

（注）
1　この申請書を提出されるときは，受給資格者証をお持ちください。
2　申請者は，記名押印に代えて署名することができます。