第７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（後期高齢以外用）

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		
他の世帯員の受診状況	氏名		病院名	支払金額	円
	氏名		病院名	支払金額	円
高額療養費支給回数（診療月以前1年間の）	１，２，３，４回以上　回		対象者生年月日		

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		患者氏名		
療養の給付総点数	入院	点	療養の給付に係る一部負担金	入院	円
				外来	円
	外来	点		薬剤一部負担金（外来）	円
訪問看護療養費	円		訪問看護療養に係る基本利用料		
うち他法制度負担分	点		証明手数料徴収	有（　円）・無	
保険の種類	健保（政管・日雇・組合）・船保・国公・私学・国保（若人・退職）・地公			傷病発生原因	第三者・その他

令和　　年　　月　　日

医療機関等の所在地

医療機関等の名称

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）６ヶ月以内に請求しないと，支給できなくなりますので，ご注意ください。
（例）１０月診療分：翌年の４月まで申請受付（診療月の翌月から起算して６ヶ月以内）
裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。