

重度心身障害者医療費助成申請書 記入見本

【記入例】

様式第4号（第5条関係）

日光市重度心身障がい者医療費助成申請書

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入し、押印してください

日光市長様		年 月 日	
受給資格者証（緑色のカード）の番号を入れて		受給資格者 （申請者）	住所 氏名 電話
○○○○○○○○		日光市○○○町△△△番地 ■■■■■ ○○-○○○○	
受給資格者証 記号番号	加入保険	被保険者氏名	
受診者	氏名	保険証記号番号	
	生年月日	番号	
	○年○月○日 ※年号（昭和など）も標記	名称	
振込先	銀行	支店	預金種別 普通・当座
	(フリガナ) 口座名義	口座番号	
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無			有・無

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

※すでに申請している加入保険及び振込先に変更がない場合は、太線で囲まれた部分のみご記入ください。

〔申請をする際の注意事項〕

- 申請者記入欄にご記入の上、診療を受けた翌月10日以降に、病院などの医療機関から前月診療分の点数証明をもらって申請してください(証明手数料は自己負担となります)。
また、郵送での申請も受付けております。
- ※ 保険点数、負担割合、診療科目、入院・外来の別が記載されている医療領収書を添付していた
だければ、証明をもらう必要はありません。
- 助成の対象は、保険証を使って診療を受けた医療費・調剤費などの保険対象分です。
- ※ 入院時の食事療養費・おむつ代・室料差額・文書料などは保険対象外ですので助成になりませ
ん。また、高額療養費に該当した医療費は、助成の対象になりません。
- 申請書は、後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方は1ヶ月ごとに1枚、その他の保険に加入の方は
医療機関ごとに1枚としてください。
- 領収書を添付する場合、申請書には「のりづけ」しないよう、お願いいたします。
- 高額療養費に該当した場合は、加入保険等からの決定通知(又はそのコピー)を貼付してください。
- 助成金の申請期間は、診療日の属する月の翌月の初日から1年以内です。期限をすぎますと受け取
りませんのでご注意ください。(例)令和4年8月診療分 → 令和5年8月末まで
- ※受給者の中で、65歳から74歳までの方は、後期高齢者医療に加入でき、保険負担分の全額を受給
します。また、加入しない方は医療費を3割負担しても1割分のみの助成となります。

<お問い合わせ先> 日光市役所社会福祉課(障がい福祉係)

〒321-1292 日光市今市本町1番地 TEL 0288-21-5174 FAX 0288-21-5105