

■唐津市重度心身障害者医療費助成の申請書記入例

※太枠内をご記入ください。

印鑑は2か所お願いします

第5号様式（第8条関係）

重度心身障害者医療費助成申請書
 申請書提出日記入
 令和××年××月××日

唐津市長様

住所 唐津市 **東城内1番3号**

申請者 氏名 **唐津 太郎** 印

(電話 090 - 1111 - 2222)

唐津市重度心身障害者の医療費の助成に関する条例第6条の規定により申請します。
 また、この申請に当たり、助成対象となる医療費に係る保険給付、医療給付及び付加給付
 に関して、必要に応じ関係機関に対し調査及び情報提供をすることに同意します。

受 診 者	氏名	☒ 申請者と同じ	加 入 医 療 保 険	被保険者氏名	☐ 申請者と同じ 唐津 花子
	住所	☒ 申請者と同じ		保険証 記号・番号	0987654
	生年月日	平成 5年4月1日 生		保険種別	国 ・後・協・組・船・共

医療機関等記入									
受診者氏名					診療年月日				
1 入院	2 通院	3 歯科	4 調剤	5 柔整	診療実日数		日		
医療区分	1 一般医療	2 前期高齢	3 後期高齢	4 自立支援	5 特定医療	6 施設医療			
保険診療 総点	他法公費負担 点	受診者 負担割合	保険診療一部 負担額	訪問看護 利用料					
点	点	割	円	(日間)		円			
上記の金額を領収したことを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関等 名称 代表者名									

市 記 入 欄			受付	年 月 日	
保 険 診 療 総 額		保 険 者 給 付 割 合	保 険 診 療 一 部 負 担 額	訪 問 看 護 利 用 料	計
円		割	円	円	① 円
控 除 額	高 額 療 養 費 等	円		備 考	
	自 己 負 担 (500 円)	有 ・ 無			
	計	② 円			
	支 給 決 定 額	①－② 円			

申請書は、唐津市ホームページ(<http://www.city.karatsu.lg.jp/>)からもダウンロードできます。