様式第5号(第9条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 自己負担金 | | 控除額・付加給付額 | | | | | | | | | 支給額 | | | | | | 備考 | |
| 円 | | 円 | | | | | | | | | 円 | | | | | | (病名) | |
| 附加給付額の算定 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 市民税課税状況 | | | | 課税　・　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者記入欄 | 重度障害者(児)医療費助成金支給申請書    令和　　年　　月　　日  　(宛先)湖西市長  　　　　　　　　　　　　　　　受給者　住所  　　　　年　　月分　　　　　　　　　　 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等記入欄 | 受給者番号 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  |  | | | |
| 受診者氏名 |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 明治・大正  昭和・平成 | | 年 　月　 日 |
| 加入医療保険 | 記号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 保険者名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 保険診療等領収書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険診療による一部負担金 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 入院時食事標準負担額 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 訪問看護療養費基本利用料 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 診療期間　　 　　　　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで  　　　　　入院有・無(　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  所在地  医療機関等　名称  代表者　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注)　申請者は、記名押印に代えて署名することができます。