



第7号様式（第12条関係）様式

<p>重度障がい者医療費支給申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>逗子市長</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">電話 () _____</p> <p>逗子市重度障がい者医療費助成要綱第12条の規定により、次のとおり医療費の助成を申請します。また、申請に当たり加入している健康保険組合に高額療養費の該当の有無、保険点数、支払金額等について、逗子市から照会することに同意します。</p>	
(障) 福祉医療証番号	(障) _____
受給者名	_____
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢
診療の種類	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> コルセット <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> その他 () _____
診療を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで
患者が医療機関に支払った金額	円

市町村記入欄

(障) 医療費支給決定金額		円			
決 裁	上記の申請について次のとおり決定してよろしいか。			起案	. .
	課長	係長	係	決裁	. .
				交付	. .

(注)

- 1 この申請書に医療費領収明細書を添付してください。
- 2 保険種別及び診療の種類欄は、該当する□に「レ」を記入してください。

