管轄区	中央　東　西　南　北

確認欄	班長	班員	受付	振込月

※太わく内をご記入ください。

重度心身障害者医療費助成申請書

熊本市長　宛　　令和　　年　　月　　日

申請者（受給資格者）	住所	熊本市		
	氏名		TEL	
窓口に来た方	住所	□申請者と同じ		
	氏名	□申請者と同じ	続柄	
			TEL	

関係書類を添え、次のとおり医療費の助成について申請します。支給される医療費助成金は、別紙提出済の口座振替依頼書に記載の預金口座に振込んでください。

患者名	□申請者と同じ	明・大・令 昭・平	年　月　日
病院または薬局名		所在地	1.市内　3.県外（　県） 2.市外（市町村名　）
加入医療保険	□ 熊本市国民健康保険　（　　－　　）		保険者番号
	□ 熊本県後期高齢者医療広域連合		
	□ 全国健康保険協会		
	□ その他（　）		

診療月						
	年　月	年　月	年　月	年　月	年　月	年　月
	年　月	年　月	年　月	年　月	年　月	年　月

※高齢受給者証をお持ちでない方で１ヶ月の医療費が21,000円もしくは7,000点以上の方におたずねします。

同じ保険証をお使いの方でこの申請と同じ診療月に21,000円もしくは7,000点以上の医療費を払った方がおられますか？
（この申請書の患者本人を含む）　1　いる（領収書添付）　2　いない

H27.1～	課ア・課イ・課ウ・課エ・非オ		
高齢受給者	一定以上・一般・低Ⅱ・低Ⅰ		
多数該当	有・無	老人世帯	単身・複数
高齢受給	在・不在	口座登録	有・同時

助成額	百	十	万	千	百	十	円

（　枚　円）

受給資格者証記号・番号		受付	年　月　日	医療機関番号	4	3								

区分 入院(1) 外来(2)	総点数（点）	一部負担金の額（円）	高額療養費の額（円）	附加給付額（円）	差額（円）	助成額（円）	診療年月 年	診療年月 月	備考（公費番号等）	
										1
										2
										3
										4
										5
										6
										7
										8
										9
										10
										11
										12
										13