

申請者の記入欄	重度心身障害者医療費助成申請書 <span style="float: right;">年 月 日</span>										
	阿蘇市長 様					住所 氏名					
	次のとおり、 年 月分の医療費の助成を申請します。										
	受給資格者氏名					受給者番号					
当該月の他の世帯員の受給状況(高額療養費該当のみ)	氏名					医療機関名				支払額	
	氏名					医療機関名				支払額	
	氏名					医療機関名				支払額	
医療機関等の記入欄	診療月		年 月 日			保険種別					
	入院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金		円			
	通院	日数	日	総点数	点	定率一部負担金		円			
							薬剤一部負担金		円		
	上記の一部負担金額を受領しました。 年 月 日 所在地 名称 氏名 <span style="float: right;">(印)</span>										
調剤薬局	調剤	日数	日	総点数	点	定率一部負担金		円			
							薬剤一部負担金		円		
	上記の一部負担金額を受領しました。					処方医療機関					
						所在地 名称 氏名 <span style="float: right;">(印)</span>					
市町村記入欄	一部負担金額①		高額療養費②		附加給付額③		自己負担額④		助成額①-(②+③+④)		
	入										
	外										
	薬										

(注) 医療保険各法の規定に基づき、高額療養費の支給の受けることができる場合は、高額療養費決定通知等を添付してください。