

神戸市高齢重度障害者医療費助成申請書

受給者番号						障 害 の 区 分						
後期高齢 被保険者番号					身障 1級	身障 2級	内部 3級	重複 障害	療育 A・B1	精神 1級	県	市
対象者 氏名	カガナ (大・昭 年 月 日生)				理 由	1 証未提示のため 2 証未交付のため 3 低所得認定差額支給 4 長期入院差額支給 5 その他 ( )						
住 所	(〒 - )				(TEL - - )							
申請額	円											
内 訳 (医療機関 等ごと)	期 間						支払額		一部負担金			
	入院	①平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 ( 日間)				円		円				
		②平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 ( 日間)				円		円				
		③平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 ( 日間)				円		円				
	外来	①平・令 年 月 日 ( 日間)				円		円				
		②平・令 年 月 日 ( 日間)				円		円				
		③平・令 年 月 日 ( 日間)				円		円				
		④平・令 年 月 日 ( 日間)				円		円				
		⑤平・令 年 月 日 ( 日間)				円		円				
		⑥平・令 年 月 日 ( 日間)				円		円				
	⑦平・令 年 月 日 ( 日間)				円		円					
	⑧平・令 年 月 日 ( 日間)				円		円					
	合計						円		円			
<p>上記のとおり高齢重度障害者医療費の助成を申請します。</p> <p>令和 年 月 日 (TEL - - )</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 (印) (2枚とも押印)</p> <p>神戸市 区長宛</p> <p>(領収書を添付してください)</p>												

※兵庫県後期高齢者医療広域連合から提供を受ける給付状況に基づき、高額療養費の支給がある場合は、助成申請額から高額療養費支給額を控除し、助成決定額となります。

決 裁 欄	令和 年 月 日	日決裁		公開の状況	<input type="checkbox"/> 申請書確認 <input type="checkbox"/> 資格確認 <input type="checkbox"/> 障害確認 <input type="checkbox"/> 台帳記入	受 付
	課長	係長	係	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 部分公開 <input type="checkbox"/> 非公開		
				情報公開条例第10条 第1号に該当 分類 17・04・05・04 保存 5年	助成額	円

神戸市高齢重度障害者医療費助成申請書

受給者番号								障 害 の 区 分							
後期高齢 被保険者番号								身障 1級	身障 2級	内部 3級	重複 障害	療育 A・B1	精神 1級	県	市
対象者 氏 名		ワガナ						理 由	1 証未提示のため 2 証未交付のため 3 低所得認定差額支給 4 長期入院差額支給 5 その他 ( )						
		(大・昭 年 月 日生)							(TEL - - )						
住 所		(〒 - )						(TEL - - )							
申請額		円													
内 訳 (医療機関 等ごと)	期 間						支払額			一部負担金					
	入院 ①平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 ( 日間)						円			円					
	②平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 ( 日間)						円			円					
	③平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 ( 日間)						円			円					
	外来 ①平・令 年 月 日 ( 日間)						円			円					
	②平・令 年 月 日 ( 日間)						円			円					
	③平・令 年 月 日 ( 日間)						円			円					
	④平・令 年 月 日 ( 日間)						円			円					
	⑤平・令 年 月 日 ( 日間)						円			円					
	⑥平・令 年 月 日 ( 日間)						円			円					
⑦平・令 年 月 日 ( 日間)						円			円						
⑧平・令 年 月 日 ( 日間)						円			円						
合計						円			円						
上記のとおり高齢重度障害者医療費の助成を申請します。															
令和 年 月 日 (TEL - - )															
住所															
申請者															
氏名															
神戸市 区長宛 (印) (2枚とも押印)															
(領収書を添付してください)															

※兵庫県後期高齢者医療広域連合から提供を受ける給付状況に基づき、高額療養費の支給がある場合は、助成申請額から高額療養費支給額を控除し、助成決定額となります。

決 裁 欄	令和 年 月 日 決裁			公開の状況			<input type="checkbox"/> 申請書確認 <input type="checkbox"/> 障害確認 <input type="checkbox"/> 資格確認 <input type="checkbox"/> 台帳記入		受 付
	課長	係長	係	公開	部分公開	非公開	助成額		円
				情報公開条例第10条 第1号に該当 分類 06・04・07・03 保存 5年					