

医療費助成申請書 (高齢重度障害者医療)

(受給者)

| | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---------------------|------------------------|
| 受給者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 生年月日 | 大正 昭和 10 年 9 月 22 日 |
| フリガナ | コウベ タロウ | | | | | | | 日中連絡 がつく 電話番号 | 078 - 331 - 8181 |
| 氏名 | 神戸 太郎 | | | | | | | | |
| 住所 | (〒 650 - 8570) 神戸市 中央 区 加納町6-5-1 | | | | | | | | |

署名してください。

上記のとおり、領収書等を添えて、高齢重度障害者医療費の助成を申請します。
また、この申請に関して、兵庫県後期高齢者医療広域連合(または兵庫県以外の後期高齢者医療広域連合)、医療機関等に対し、神戸市が必要な給付情報(レセプト情報)等を調査することに同意します。

令和 5 年 1 月 5 日

神戸

「受給者」と「申請者」が同じ場合は、
□に✓を記入してください。

(申請者)

| | | | |
|--------------|--|-------------------------------------|--|
| フリガナ | | 日中連絡 がつく 電話番号 | <input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ |
| 氏名 | <input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ | | - - |
| 住所 | (〒 -) <input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ | 領収書の返却を希望 される方は、忘れずに ✓してください。 | |
| 領収書の 返却希望 | 領収書の返却を希望される方は、右の□に✓を記入してください。 ※返却まで1~2週間程度かかります。ご了承ください。 | | <input checked="" type="checkbox"/> |

(留意点) 高額療養費の支給がある場合

都道府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、高額療養費支給額を控除して、高齢重度障害者医療の助成額を算出します。

(以下、職員記入欄)

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)

| | | | | | | |
|-----|-----------------------------|-----------------------------|------|------------------|-------------|--|
| | 外来 | 600円・400円・0円 | 入院 | 2,400円・1,600円・0円 | | |
| 決裁欄 | 令和 年 月 日 決裁 | 区番号 | 区名 | 法別番号 | 後期高齢 被保険者番号 | 受付印 |
| | 課長 | 係長 | 担当者 | | | |
| | 障害区分 | | 県市区分 | | 申請理由 | 1 証未提示(未交付) 2 差額支給(低所得、長期入院) 3 他広域連合 4 その他() |
| | <input type="checkbox"/> 身1 | <input type="checkbox"/> 重複 | 県・市 | | | |