

医療費支給申請書

(訪問看護療養費用)

重度心身障害者等

ひとり親家庭等

観音寺市長 宛て

受給者	受給資格者証番号						
	住所	観音寺市 町					
	氏名						
	生年月日	年 月 日					
被保険者	氏名						

年 月 日

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

(訪問看護事業者記入欄)

申請者氏名

訪問看護療養費に係る一部負担金額の証明

年	月分	協・共・組・国組・国	負 担 割 合		
			1割	2割	3割

訪問看護療養費の総額		(A)	円
区	障害者自立支援医療（育成医療及び更生医療に限る。） 分に係る訪問看護療養費		円
	(B) を含む他法負担の支給額		円
	分	本人負担	障害者自立支援医療（育成医療及び更生医療に限る。） 分に係る一部負担金額（本人負担額）
(D) 以外の一部負担金額（本人負担額）			円
訪 問 日 数			日

証明年月日 年 月 日 医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

訪問看護事業所の所在地
名称及び開設者名

(印)

※市事務処理欄

本人負担額	高額医療費	対象一部負担金額	控除額	支給決定額	備考
受付年月日	年 月 日				
支給年月日	年 月 日				

※欄は市において記入します。