**松戸市重度心身障害者医療費助成金支給申請書（償還払い）**

第５号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |

※太枠で囲んである部分について必要事項を記入してください。

※領収書は原本での提出が必要です。

受 付 印

**（宛先）松戸市長**

松戸市重度心身障害者医療費の助成に関する条例第９条の規定に基づき申請します。

なお、重度心身障害者医療費助成金の支給を受けた後に、当該給付に係る医療に対する

高額療養費・附加給付金等を受領した場合は、重複した額を松戸市へ返還します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 申請日 |  　　年　　月　　日 |
| 申請者（口座名義人） | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 自己負担 | * 0円　□ 300円
 |
| 申請者住所 | 〒　　 　－　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※申請者欄には事前に登録していただいている口座振込先の名義人をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者名 | 　　　　　　　　 | 年 齢 | 歳 |
| 受給資格者住所 | * 同上　 □ その他（
 | 〒　　 　－　　　　 | ）　　　　　　　　　 |
| 生 年 月 日 | 　　 年　　 月　　日 | 電話番号 | （ 　　　） |
| 加入医療保険 | □ 松戸市国保　□ 後期高齢　□ 保険組合　□ 協会　□ 共済組合　□ その他保険者名称〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 今回請求の医療費が次に該当する場合は、裏面へお進みください。※支給金額を確定するための調査です。なお、該当しない場合は裏面の記載は不要です。 | 65歳未満の方 ⇒ 21,000円以上 |
| 65歳以上の方 ⇒ 8,000円以上 |

|  |
| --- |
| 松戸市（障害福祉課）記入欄 |
| 医療費総額 | 自己負担額 | 通院 | 入院 | 支給決定額 |
| 円 | 0円　・　300円 | 日 | 日 | 円 |