

## 重度心身障害者医療費助成申請書

**申請者記入欄**

※太線の枠内のみ記入してください。

|  |      |           |      |  |                         |       |  |    |  |
|--|------|-----------|------|--|-------------------------|-------|--|----|--|
| 年 月 日  |      |           |      |  |                         |       |  |    |  |
| 那須塩原市長 様   |      |           |      |  | 受給資格者 住所 那須塩原市<br>(申請者) |       |  |    |  |
|  |      |           |      |  | 氏名<br>電話                |       |  |    |  |
| 受給者番号  |      |           |      |  | 被保険者氏名                  |       |  |    |  |
|  |      |           |      |  | 保険証記号番号                 |       |  |    |  |
| 受診者  | 氏名   |           | 加入保険 |  |                         | 番号    |  |    |  |
|  | 生年月日 |           |      |  |                         | 年 月 日 |  | 名称 |  |
| 振込先  |      | 医療費助成指定口座 |      |  |                         |       |  |    |  |
| 一部負担金21,000円以上支払った家族の有無 有( 年 月分)・無<br>受診者本人の一部負担金21,000円以上支払の有無 有( 年 月分)・無 ※提出した領収証は除く<br>※1人が1ヶ月に1ヶ所の医療機関等で複数回受診し、合計21,000円以上支払した場合も含む(外来・入院・歯科別) |      |           |      |  |                         |       |  |    |  |

(注)・高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。  
 ・領収書で申請する場合にもこの用紙は必要です。

**医療機関等記入欄**

※太線の枠内のみ記入し、押印してください。(月ごとの合計点数を記載してください。)

| 保険診療証明書 |   |               |          |          |                |        |    |                  |  |
|---------|---|---------------|----------|----------|----------------|--------|----|------------------|--|
| 保険種類    |   | 国保・社保・後期高齢者医療 |          |          | 自己負担割合 1・2・3 割 |        |    | 特定疾病療養受療証の有無 有・無 |  |
| 診療年月    |   | 保険診療合計点数      |          |          |                | 他法負担点数 |    | 備 考              |  |
| 年       | 月 | 入院<br>日数      | 入院<br>点数 | 外来<br>点数 |                |        |    |                  |  |
|         |   |               |          |          |                |        |    |                  |  |
|         |   |               |          |          |                |        |    |                  |  |
|         |   |               |          |          |                |        |    |                  |  |
|         |   |               |          |          |                |        |    |                  |  |
|         |   |               |          |          |                |        |    |                  |  |
| 計       |   |               |          |          |                |        |    |                  |  |
| 年 月 日   |   | 医療機関等         |          |          | 所在地            |        | 氏名 |                  |  |
|         |   |               |          |          | 名 称            |        |    |                  |  |

| 助成内容 | 保険診療<br>合計金額 | 一部<br>負担額 | 控除額の内訳    |           |           |             |         | 医療費<br>助成額 |
|------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|---------|------------|
|      |              |           | 他法<br>負担額 | 高額<br>療養費 | 附加<br>給付額 | 自己負担<br>控除額 | その<br>他 |            |
|      | 円            | 円         | 円         | 円         | 円         | 円           | 円       | 円          |

※受給者が65歳から74歳までの場合に記入する(保険種類が後期高齢者医療である場合を除く。)

# 重度心身障害者医療費助成申請書

(記入例)

申請者記入欄

※太線の枠内のみ記入してください。

|  |        |                            |         |               |                 |
|--|--------|----------------------------|---------|---------------|-----------------|
| 那須塩原市長 様   |        | 受給資格者 住所 那須塩原市〇〇〇-〇-〇      |         | 〇〇年 〇月 〇日     |                 |
|  |        | (申請者) 氏名 栃木太郎              |         | 電話 〇〇-〇〇〇〇    |                 |
| 受給者番号  | 〇〇〇〇〇〇 | 加入保険                       | 被保険者氏名  | 栃木太郎          |                 |
|  |        |                            | 保険証記号番号 | 〇〇〇〇〇〇        |                 |
| 受診者  | 氏名     | 栃木三郎                       | 保険者     | 番号            | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |
|  | 生年月日   | 〇〇年〇月〇日                    |         | 名称            | 〇〇〇〇〇〇健康保険組合    |
| 振込先  |        | ※振込先を変更する場合は、変更届を提出してください。 |         |               |                 |
| 一部負担金21,000円以上支払った家族の有無                                  |        | 有(年 月分)・                   |         | 無             |                 |
| 受診者本人の一部負担金21,000円以上支払の有無                                |        | 有(年 月分)・                   |         | 無 ※提出した領収証は除く |                 |
| ※1人が1ヶ月に1ヶ所の医療機関等で複数回受診し、合計21,000円以上支払した場合も含む(外来・入院・歯科別) |        |                            |         |               |                 |

## 申請にあたっての注意事項

- 申請者記入欄に受給資格者証から必要事項を記入してください。  
(領収書の添付、または医療機関等の保険診療点数の証明が必要になります。)  
  - 領収書で申請する場合は、**受診者名、保険診療点数(金額)、負担割合、診療科目、入院・外来の別、医療機関名**が明記されていることが条件となり、受診者ごとに1枚の申請書を提出してください。
  - 証明で申請する場合は、申請者記入欄に記入のうえ、診療を受けた日の翌月10日以降に、医療機関等で前月診療分までの保険診療点数証明をもらって申請してください。  
(医療機関等によって、証明の手数料を請求される場合がありますが、この分は自己負担になります。)
- 高額療養費に該当した場合  
 1ヶ月の医療費について、以下に示す高額療養費にかかる自己負担月額の限度額を超えて支払ったときは加入保険者から通知のある**高額療養費決定(支払)書**又はそのコピーを必ず添付してください。(下記の限度額は平成27年1月1日以降の診療分に適用されます。)  
 ※本人が加入保険者に申請する場合がありますので、詳しくは加入している保険組合等へお問い合わせください。
  - (ア) 基礎控除後の所得が901万円を超える世帯・・・  
252,600円+(医療費-842,000円)×1%
  - (イ) 基礎控除後の所得が600万円を超え901万円以下の世帯・・・  
167,400円+(医療費-558,000円)×1%
  - (ウ) 基礎控除後の所得が210万円を超え600万円以下の世帯・・・  
80,100円+(医療費-267,000円)×1%
  - (エ) 基礎控除後の所得が210万円以下の世帯(非課税世帯を除く)・・・ 57,600円
  - (オ) 非課税世帯・・・ 35,400円
 また、上記の『一部負担金 21,000円以上支払った家族の有無』の有は、受診者と同じ健康保険に加入している方が、受診者と同じ月に1ヶ所の医療機関等でそれぞれ21,000円以上の支払をした場合です。その際、上記の世帯区分の限度額【例：(ウ)の世帯の場合→1ヶ月の世帯の合計支払額が80,100円以上】を超えた場合は加入している保険組合等に高額療養費の支給の申請をし、高額療養費決定(支払)書又はそのコピーを添付してください。
- 助成申請書の提出は、**受診月の翌月からとなり受診日の属する月の翌月の初日から1年以内**です。  
**【例：当該年4月受診分は5月から申請可能で、翌年4月末日までが申請有効期間】**  
 助成金の支払は、申請書を提出した翌月末日に登録口座に振込になります。  
 (振込通知は送付しませんので、通帳で確認してください。)
- 郵送での申請の場合、封筒に切手を貼り、申請者の住所氏名を記入して投函してください。  
 消印日が受付日になります。

郵送申請先

〒325-8501 那須塩原市共墾社 108 番地 2 那須塩原市子ども未来部子育て支援課あて

※ 医療費助成の申請には原則、領収書の原本が必要になります。確定申告で原本が必要な場合は、ご自分でコピーをとり、原本と一緒に持ちください。照合してから原本をお返しします。  
(医療費の助成を受けたものは、確定申告の対象にはなりませんのでご注意ください。)

お問い合わせ

那須塩原市子ども未来部子育て支援課 0287-62-7042