

# 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							生年月日	大正 昭和	年	月	日
フリガナ							日中連絡 がつく 電話番号				
氏名								- -			
住所	(〒 - ) 神戸市 区										

上記のとおり、**領収書(コピー)**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 年 月 日

神戸市長 宛

(申請者)

フリガナ							日中連絡 がつく 電話番号	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ				
氏名	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ							- -				
住所	(〒 - ) <input type="checkbox"/> 受給者と同じ											確認のうえ以下の□ に✓してください
領収書 (コピー)	・領収書は <b>コピーを同封</b> してください。(返却不要の場合、原本でも可)											
	・領収書の <b>同封漏れが多い</b> です。封筒に入れたことを必ずご確認ください。											<input type="checkbox"/>

(留意事項) 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)

決裁欄	令和 年 月 日 決裁	外来	600円・400円・0円			入院	2,400円・1,600円・0円			受付印	
	課長	係長	担当者	区番号	区名	法別番号	後期高齢 被保険者番号				
				障害区分		県市区分	申請理由	1 証未提示(未交付)			
				<input type="checkbox"/> 身1 <input type="checkbox"/> 重複	<input type="checkbox"/> 療A・B1	県・市		2 差額支給(低所得、長期入院)			
			<input type="checkbox"/> 内3 <input type="checkbox"/> 精1				3 他広域連合	4 その他( )			