別記様式第6号(第9条関係)

黄色の着色部分について記入してください。

記載例

(表)

重度障がい者医療費助成申請書

令和〇年　〇月　〇日

(宛先)新潟市長

申請者　住　　所　新潟市〇区〇〇
氏　　名　新潟　太郎
電話番号　〇〇〇-×××-△△△△

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号	１２３４５６７		
受給者氏名	新　潟　太　郎	(生年月日〇〇年〇月〇日) (居住区　　〇〇区　　)	
受診医療機関名	〇〇治療院	受診年月	令和〇年〇月
振込指定金融機関	〇〇(銀行)・信組　〇〇(支店) 金庫・農協　出張所	種別	(普通)・当座
		口座番号	〇〇〇〇〇〇〇
		フリガナ	〇〇ﾁﾘｮｳｲﾝ ﾀﾞｲﾋｮｳ××
		口座名義人	〇〇治療院　代表××

注　1　この申請書は、受診した月ごとに1枚必要です。
　　2　この申請書は、医療機関ごとに1枚必要です。

新潟市確認欄

助成決定額	円

―――― 以下は医療機関等に記入してもらってください。 ――――

(　〇年　〇月診療分)

		保険診療点数	支払額(一部負担額)
外来・調剤	月の初回受診日	点	５３０円
	月の2回目受診日	点	４７３円
	月の3回目受診日	点	４７３円
	月の4回目受診日	点	４７３円
	月の5回目以降	点	０円
	合計	点	１，９４９円
療養病床に入院する時以外の生活療養費	入院日	年　月　日　～　年　月　日	
	入院日数	入院中の保険診療点数	支払額(一部負担額)
	日	点	円
	食事療養を受けた回数	回　うち長期該当	回
看護訪問	利用日数	保険適用療養費の額	支払額(一部負担額)
	日		円
他法負担の有無	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律・母子保健法・児童福祉法・その他(　　)		

新潟　太郎　様(受給者氏名)

上記のとおり、療養等に係る一部負担金を領収しました。

令和〇年　〇月　〇日

医療機関等　所在地　新潟市〇区××
名　称　〇〇治療院
氏　名　中央　花子

※　支払額(一部負担額)の欄は、医療保険及び他法負担の適用後の金額を記入してください(医療保険適用外の額を含めないでください)。
※　上記表の内容が確認できる領収書及び明細書を添付することで、医療機関等における記入を省略することができます。

（裏）

委任状

私(委任者)は、この申請書に基づき、新潟市から支払われる重度障がい者医療費助成金の受領を下記受任者欄に記載の者に委任します。

令和〇年　〇月　〇日

委任者	受任者
住　所　新潟市〇区〇〇 氏　名　新潟　太郎　印	住　所　新潟市〇区×× 氏　名　〇〇治療院　代表　××　印

自署の場合は押印不要。

総代人届

重度障がい者医療費助成受給者である　　が　　年　　月　　日死亡につき、総代人を選定したので届けます。なお、この度の重度障がい者医療費助成申請に係る助成金は、表面に記載の金融機関に振り込んでください。

年　　月　　日

総代人

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿印

相続人 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿印	相続人 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿印
相続人 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿印	相続人 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿印
相続人 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿印	相続人 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿印

自署の場合は押印不要。