別記様式第８号(第９条関係)

(表)

重度障がい者医療費助成申請書（入院時生活療養費用）

年　　月　　日

(宛先) 新潟市長

申請者　住　　所
氏　　名
電話番号

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号			
受給者氏名	(生年月日　　年　　月　　日) (居住区　　区)		
受診医療機関名		受診年月	年　　月
振込指定金融機関	銀行・信組　　支店 金庫・農協　　出張所	種別	普通　・　当座
		口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

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（助成額単価×食事回数）

適用区分等	マル障助成金額	助成決定額
区分オ（境界層該当者を除く。）・区分Ⅱ	２００円/食 ×　　回	
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者及び境界層該当者を除く。）	１２０円/食 ×　　回	
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者）・境界層該当者	医療機関記入のとおり	
入院医療の必要性の高い者	医療機関記入のとおり	

---------- 以下は医療機関等に記入してもらってください。 ----------

(　　年　　月診療分)

適用区分等	標準負担額	食事回数（回）	金額（円）
区分オ（境界層該当者を除く。）・区分Ⅱ	２７０円／食		
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者及び境界層該当者を除く。）	１６０円／食		
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者）・境界層該当者	１３０円／食		
入院医療の必要性の高い者	２７０円・２２０円・１３０円／食		

様（受給者氏名）

入院時生活療養費標準負担金のうち、上記の食事回数分の食費を領収しました。

年　　月　　日

医療機関名　所在地
　　名称
　　氏名

※　「入院医療の必要性の高い者」とは、医療区分２又は３等の患者で入院時食事療養費標準負担額と同額の負担となる者及び難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定特定医療を受ける同項に規定する指定難病の患者をいいます。
　該当する単価を○で囲んでください。

※　適用区分等（例：区分Ⅱ）及び適用区分等に応じた食事回数等が明記されており、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。

(裏面あり)

（裏）

注意事項

入院時生活療養費助成額について

（１）　保険者等から標準負担額減額認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている方が助成対象になります。

（２）　申請額は、入院時生活療養費標準負担額のうち食事分で、下表に記載の単価により計算します。

入院時生活療養費助成額単価

	マル障
区分オ（境界層該当者を除く。）、区分Ⅱ	２００円／食
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者及び境界層該当者を除く。）	１２０円／食
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者）、境界層該当者	１３０円／食

ただし、入院医療の必要性の高い者は、次のとおりとなります。

	マル障
区分オ（境界層該当者を除く。）、区分Ⅱ（いずれも９０日まで）	２７０円／食
区分オ（境界層該当者を除く。）、区分Ⅱ（いずれも９０日越え）	２２０円／食
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者及び境界層該当者を除く。）	１３０円／食
区分Ⅰ（老齢福祉年金受給者）、境界層該当者	１３０円／食