

## 医療費支給申請書 (訪問看護療養費用)

- 重度心身障害者等
- ひとり親家庭等
- 子ども

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

受給者等	受給資格者証番号	
	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	
被保険者	氏 名	

琴平町長 様

年 月 日

申請者氏名 ⑩

(訪問看護事業者記入欄)

訪問看護療養費に係る一部負担金額の証明

	年									
	1	社保	3	後期	1	本人	4	高齢者(1割)	7	後期(1割)
月分	2	国保	4	退職	2	小学校就学前	5	高齢者(2割)		
					3	家族	6	高齢者(3割)	8	後期(3割)

訪問看護療養費の総額	円
基本利用料	円
他法等支給額	円
本人負担額(その他利用料は含まない。)	円
訪問日数	日

証明年月日 年 月 日

訪問看護事業所の所在地及び名称開設者氏名 ⑩

町事務処理欄

本人負担額(A)	高額療養費(B)	付加給付額(C)	支給決定額(D) D=A-B-C

受付年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給年月日	年	月	日

決裁					
----	--	--	--	--	--