

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

(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



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					
----	--	--	--	--	--