

(記入例) 重度心身障がい者医療費助成申請書



申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入してください			
鹿沼市長 宛		令和 ○年 ○月 ○日			
受給資格者 (申請者)		住所	鹿沼市○○町○-○-○		
		氏名	鹿 沼 三 郎		
		電話	0289-○○-○○○○		
受給資格者証 記号番号	○○○○○	被保険者氏名	鹿沼太郎		
		保険証記号番号	○○○ ○○○○		
受診者	氏名	鹿沼三郎	加入保険 保 険 者	番 号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	生年月日	○年○月○日		名 称	○○○○○○○○○
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無			有 ・ 無		

(注) 高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

申請にあたっての注意事項

- 診療を受けた翌月以降に、申請者記入欄をご記入のうえ、領収書(受診者氏名、保険点数、負担割合、診療科目、入院・外来の別が明記されている医療領収書)を添えて申請してください。
- 助成金の申請期間は、診療月の翌月初日から1年以内です。1年を経過した場合は助成できません。
- 領収書に受診者氏名、保険点数、負担割合、診療科目、入院・外来の別が明記されていない場合は、「医療機関記入欄」に、医療機関等窓口にて点数証明を記入してもらって申請してください。証明手数料は自己負担になります。領収書を紛失してしまった場合も同様に証明をもらってください。
- 1か月の医療費について、自己負担限度額を超え、高額療養費等が支給される場合は、加入している健康保険からの「支払決定通知」(コピー可)を必ず添付して申請してください。
- 申請書は1つの医療機関・薬局ごとに1枚ずつ記入してください。同じ医療機関・薬局であれば、6か月分までまとめて申請できます。月途中で、加入している健康保険が変わった場合には、それぞれの健康保険ごとに申請書を記入してください。
- 市役所障がい福祉課窓口 または、お近くのコミュニティセンター窓口へ持参するか、郵送でご提出ください。郵送での申請の場合、封筒に切手を貼り、住所・氏名を必ず記入して投函してください。
- 領収書の返却を希望する方は、領収書のコピーをとっていただき、原本とコピーの両方を提出してください。原本に受理済スタンプを押してお返しします。郵送の場合は原本返却希望の旨を書き添えて、領収書の原本とコピーとあわせて、返信用切手も同封してください。
- 一度提出された領収書はお返しできませんので予めご了承ください。なお、当該助成を受けた場合は医療費控除などの対象にはなりませんのでご注意ください。
- 申請を受け付けた翌々月の原則10日に、ご指定の口座に助成金を振り込みます。通知等は送付しませんので、預金通帳を確認してください。

お問い合わせ・郵送送付先
〒322-8601 鹿沼市今宮町 1688-1
鹿沼市役所 保健福祉部 障がい福祉課 障がい医療係
TEL 0289-63-2127