

# 松戸市重度心身障害者医療費助成金支給申請書（償還払い）

※太枠で囲んである部分について必要事項を記入してください。

※領収書は原本での提出が必要です。

受給者番号

受付印

（宛先）松戸市長

松戸市重度心身障害者医療費の助成に関する条例第9条の規定に基づき申請します。

なお、重度心身障害者医療費助成金の支給を受けた後に、当該給付に係る医療に対する高額療養費・附加給付金等を受領した場合は、重複した額を松戸市へ返還します。

※申請者欄には事前に登録していただいている口座振込先の名義人をご記入ください。

フリガナ		申請日	年 月 日
申請者（口座名義人）		自己負担	<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 300円
申請者住所	〒 ー		

受給資格者名		年齢	歳
受給資格者住所	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他（〒 ー）		
生年月日	年 月 日	電話番号	（ ）
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 松戸市国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 保険組合 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他 保険者名称〔 〕		
今回請求の医療費が次に該当する場合は、裏面へお進みください。		65歳未満の方 ⇒ 21,000円以上	
※支給金額を確定するための調査です。なお、該当しない場合は裏面の記載は不要です。		65歳以上の方 ⇒ 8,000円以上	

松戸市（障害福祉課）記入欄

医療費総額	自己負担額	通院	入院	支給決定額
円	0円 ・ 300円	日	日	円

# 高額療養費等該当調査票

※この調査に基づいて重度心身障害者医療費助成金は支給されますので、ご協力をお願いします。

## 70歳未満の方 ※65歳以上の後期保険加入者を除く

調査① 今回請求の、21,000円以上負担した領収書と同じ診療月に、同一保険に加入している家族も含めて他に21,000円以上の医療費を窓口負担により支払っている。

回答①  はい（障害福祉課に  提出済み ・  未提出 ）  いいえ

## 70歳以上の方及び65歳以上で後期保険に加入している方

調査① 今回請求の、8,000円以上負担した領収書と同じ診療月に、他に医療機関を受診している。  
※受給券（現物給付方式）による受診分も含めて回答してください。

回答①  はい  いいえ

調査② 今回請求の領収書と同じ診療月に、同一保険に加入している家族も含めて入院による医療費の負担がある。

回答①  はい（入院した方：\_\_\_\_\_、入院期間：\_\_\_\_\_年 月 日 ~ \_\_\_\_\_年 月 日）  
 いいえ

### 調査票の回答項目が

- 全て「いいえ」だった方 ⇒ 調査終了です。ご協力ありがとうございました。
- 「はい」があった方 ⇒ 下記の注意事項を確認のうえ、署名欄に記名押印をお願いします。

### 注意事項 ※上記調査項目に「はい」と回答していただいた場合はこちらをご確認ください。

今回申請分の領収書が高額療養費に該当する可能性があります。

加入されている健康保険組合等から、高額療養費・附加給付金の支払いを既に受けている場合は、健康保険組合等が発行する支給決定通知書等の添付をお願いします。

支給決定通知書の添付がない場合や、高額療養費・附加給付金の支払いをまだ受けていない場合には、障害福祉課から加入先の健康保険組合等へ給付該当の有無、支給金額等を調査・照会させていただくことがあります。

このため、ご申請から助成金の支給まで3～4ヶ月程度の期間をいただく場合がありますが、ご了承ください。

### 署名欄

上記注意事項の内容に同意いたします。

受給者氏名 \_\_\_\_\_

印

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

印

※高額療養費は健康保険組合等の実施する法定給付制度です。附加給付金は健康保険組合等が独自に実施する任意の制度です。松戸市重度心身障害者医療費助成制度ではこれらの給付額を除いた額を助成します。

※調査票が無記入の場合や申請書押印欄に押印がなかった場合、再申請や確認書類添付のご案内をさせていただくことがあります。その場合、助成金の支給がさらに遅くなる可能性があります。