

県障医療費助成申請書（入院時生活療養費用）

年 月 日

市町村長 様

申請者 住 所
氏 名

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

受給者番号		保険者名	
受給者氏名		記号・番号	
		被保険者氏名	
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	口座番号
	金庫・農協	出張所	フリガナ
			口座名義人

- 注 1 署名をもって記名押印に代えることができます。
2 本紙は受診した月ごとに 1 枚必要です。
3 " 医療機関ごとに 1 枚必要です。

市町村確認欄（県障助成額単価（裏面参照）×食事回数）

県障助成決定額	円
---------	---

----- 以下は医療機関等に記入してもらうこと。 -----

（ 年 月診療分）

所得区分等	標準負担額	食事回数(回)	金額(円)
適用区分オ・低所得者Ⅱ	240円／食		
低所得者Ⅰ	140円／食		
低所得者Ⅰ（老齢福祉年金 受給者）・境界層該当者	110円／食		
入院医療の必要性の高い者	240円 ・ 190円 ・ 110円／食		

様(受給者氏名)

上記の食事回数分の入院時生活療養費一部負担金を領収しました。

年 月 日

医療機関等 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です。該当する単価に「○」をつけてください。
※ 所得区分等(例：低所得Ⅱ)及び所得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。

第8号の2様式

(裏 面)

注意事項

1 助成額について

- (1) 入院時の生活療養に係る標準負担額については、保険者等から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) 助成額は入院時生活療養費標準負担額のうち、下記の金額となります。

入院時生活療養費標準負担額（助成額）

低所得者Ⅱ	180円／食
低所得者Ⅰ	100円／食
低所得者Ⅰ（老齢福祉年金受給者）	110円／食
境界層該当者	110円／食

ただし、入院医療の必要性の高い者については

低所得者Ⅱ	240円／食
低所得者Ⅱ（90日を超える場合）	190円／食
低所得者Ⅰ	110円／食
境界層該当者	110円／食

- 2 不明な点は、市町村の担当窓口におたずねください。