

記入見本

医療費助成申請書
(高齢重度障害者医療)

(受給者)

受給者番号	1	2	3	4	5	1	2	生年月日	大正 昭和	10	年	9	月	22	日
フリガナ	コウベ タロウ							日中連絡							
氏名	神戸 太郎							がつく	078 - 331 - 8181						
住所	(〒 650 - 8570)							神戸市 中央 区 加納町6-5-1							

受給者証に記載の「受給者番号」を
記入してください。
※見本(受給者番号の確認方法)を
ご参照ください。

上記のとおり、領収書(コピー)を添えて、高齢重度障害者医療費の助成を申請します。
また、この申請に関して、兵庫県後期高齢者医療広域連合(または兵庫県以外の後期高齢者
医療広域連合)、医療機関等に対し、神戸市が必要な給付情報(レセプト情報)等を調査するこ
とに同意します。

令和 6 年 2 月 1 日

神戸市長 宛

「受給者」と「申請者」が同じ場合
は、口に✓を記入してください。

(申請者)

フリガナ								日中連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ						
氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ							がつく	-						
住所	(〒 -) <input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ							電話番号	-						
領収書 (コピー)	・領収書はコピーを同封してください。(返却不要の場合、原本でも可)							<input checked="" type="checkbox"/>							
	・領収書の同封漏れが多いです。封筒に入れたことを必ずご確認ください。							<input checked="" type="checkbox"/>							

領収書は原則返却しません。
コピーを同封してください。

確認のうえ以下の□
に✓してください

(留意事項) 高額療養費の支給がある場合

都道府県後期高齢者医療広域連合から提供を受ける給付状況に基づき、高額療養費支給額を控除し
て、高齢重度障害者医療の助成額を算出します。

(以下、職員記入欄)

情報公開条例第10条第1号に該当
分類 17・04・05・04(保存5年)

外来		600円・400円・0円		入院		2,400円・1,600円・0円				
決裁欄	令和	年	月	日	決裁	区番号	区名	法別番号	後期高齢 被保険者番号	受付印
	課長	係長	担当者							
	障害区分		県市区分		申請理由	1 証未提示(未交付)	2 差額支給(低所得、長期入院)	3 他広域連合	4 その他()	
	<input type="checkbox"/> 身1	<input type="checkbox"/> 重複	県・市							
<input type="checkbox"/> 身2	<input type="checkbox"/> 療A・B1									
<input type="checkbox"/> 内3	<input type="checkbox"/> 精1									