様式第6号(第6条関係)

(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉医療費助成台帳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療証(資格証)  受給者番号 | |  | 世帯番号 | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ふりがな)  助成対象者  氏名 | |  | | | | | 生年月日 | 年　月　日生 | | | | 居住地 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| (　年　月　日変更) | | | | | (　年　月　日変更) | | | | | | | | | | | | | | | |
| (　年　月　日変更) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 |  | | | 助成対象者との続柄 |  | | 寝たきり老人 | (主症) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (　年　月　日変更) | | |
| 精　神  障がい者 | 手帳番号 | | | | | | | | | | | 障がい等級 | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | 有効期限 | | | | | | 更新年月日 | | | | | | | | | 更新年月日 | | | | |
| (　年　月　日変更) | | | | | | 身　体  障がい者 | 手帳番号 | | | | | | | | | | 障がい等級 | | | | | | | | | |
| 保険の種別 | 政、組、日、船、共、国、　高 | | | | | | 第　　　　　　号 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号番号  （枝番） |  | | (　年　月　日変更) | | | | 知　的  障がい者 | 療育手帳番号 | | | | | 第　　　　号 | | | | | | | | | 障がいの程度 | | | | |  |
| 判定年月日 | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | 判定者 | |  | | | |
| 再判定年月日 | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | |  | | | |
| 被保険者証発行機関名 |  | | | | | | 再判定年月日 | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | |  | | | |
| (　年　月　日変更) | | | | | | 資格 | 年　月　日　取得 | | | | | | | | 事由 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | 年　月　日　消滅 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| (　年　月　日変更) | | | | | | 交付 | 交付　　年　月　日 | | | | | | | 始期 | 年　月　日 | | | | | | | | | 終期 | 年　月　日 | |
| 事業所名 |  | | | | | | 再交付　年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | 年　月　日 | |
| (　年　月　日変更) | | | | | |  | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | 年　月　日 | |
| 所在地 |  | | | | | | 更新　　年　月　日 | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | 年　月　日 | |
| (　年　月　日変更) | | | | | | 控除額の特例 | 期間 | 年　　月　　日から  　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | 控除額 |  | | | | | | |
| (附加)給付の有無及び内容 | 無・有(　　　　　　　) | | | | | |
| 無・有(　　　　　　　)　(　年　月　日変更) | | | | | | 摘要 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(裏)

福祉医療費助成内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療証(資格証)  受給者番号 | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| 診療年月 | 入・外別 | 医療機関名又は医療機関番号 | | 給付の種別 | 総医療費 | | 社会保険法令等負担額 | 控除額 | 福祉医療対象額 | 福祉医療費助成額 | | | 附加給付 | | 備考 |
| 支払(助成)決定月日 | 現物 | 償還 | 月日 | 受入額 |
|  | 入・外 |  | | 医、歯、調、柔道整復、県外分、看護移送、治療材料、あんま、はり、きゅう、マッサージ | 円 | | 円 | 円 | 円 |  | 円 | 円 |  | 円 |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |