様式第１号（第５条及び第８条関係）

帯広市無料低額診療事業調剤処方費用助成資格（期間延長）申請書

　　令和　　　年　　　　月　　　　日

帯広市長　米沢　則寿　様

 住所

 氏名

次のとおり、関係書類を添えて、無料低額診療事業調剤処方費用の助成資格（期間延長）を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | 電話 |  |
| 住所 |  |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 |  | 対象者との続柄 |  |
| 保険種別 |  | 被保険者証記号番号 |  |
| 限度額適用認定証の有無 | 　　　　　　有　　・　　無　　　　　　　（有の場合、写しを提出） |
| 資格期間延長 | 　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日理由： |
| 私は、帯広市暴力団排除条例第２条第２号に規定する暴力団員又は同条第３号に規定する暴力団関係事業者ではないことを誓約します。私がこれらの者に該当することが判明した場合には、資格の決定が取り消されても、何ら異議の申立てを行いません。また、上記の誓約内容を確認するため、帯広市が他の官公署に照会を行うことについて承諾します。 |

**※帯広市無料低額診療事業調剤処方費用助成を申請される方へ**

調剤処方費が自己負担限度額を超えることが見込まれる場合は、高額医療機関ごとの高額療養費制度における限度額適用認定証の交付を受けるよう、ご協力をお願いします。

なお、限度額適用認定証は、医療費の支払いを医療機関ごとの上限額までにするものであるため、調剤処方費用が上限額を超える場合は手続きをお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 無料低額診療事業実施事業所記入（証明）欄 | 無料低額診療適用期間 | 　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 対象疾患 |  | 初診日 | 年　　　月　　　日 |
| 無料低額診療減免率 | ５割　・　10割 |
| 生活保護基準比世帯収入倍率 | 倍 |
| 医療機関 | 所　在　地 |  |
| 医療機関名 | 　 |

以下、帯広市記載欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 係 | 起案年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日 |
|  |  |  |  |  | 決裁年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日 |
| 起案者職氏名 |  |

審査の結果、上記のとおり決定してよろしいか。