

障害者医療費助成申請書

安 城 市 長

注意 太枠の中のみ記入してください。

|                                                                                       |       |    |    |        |        |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|----|--------|--------|-----------|
| 申請日                                                                                   |       | 令和 |    | 年      | 月      | 日         |
| 申請者                                                                                   | 住所    |    |    |        |        |           |
|                                                                                       | 氏名    |    |    | 電話     |        |           |
| 受給者                                                                                   | 受給者番号 |    |    | 加入医療保険 | 記号・番号  |           |
|                                                                                       | 氏名    |    |    |        | 保険者の名称 |           |
|                                                                                       |       |    |    |        | 被保険者氏名 |           |
|                                                                                       | 生年月日  |    |    |        | 付加給付   |           |
| 振込先金融機関名                                                                              |       |    | 種別 | 口座番号   |        | 口座名義人     |
| 銀 信 農<br>用 金 庫 協<br>行 店                                                               |       |    |    |        |        | (カタカナで記入) |
| 添付書類 1 医療機関発行の領収書の写し又は下記の証明書兼領収書（医療機関で証明をもらってください。）<br>2 健康保険組合の場合は、家族療養費又は付加給付金決定通知書 |       |    |    |        |        |           |

|                                 |                   |                   |     |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|-----|
| 保 険 診 療 内 容 証 明 書 兼 領 収 書       |                   |                   | 月 分 |
| 区 分                             | 入 院               | 入 院 外             |     |
| 傷 病 名                           | (1)<br>(2)<br>(3) | (1)<br>(2)<br>(3) |     |
| 診 療 実 日 数                       | 日                 | 日                 |     |
| 総 点 数                           | 点                 | 点                 |     |
| 医療保険負担点数                        | 点                 | 点                 |     |
| 結・精等公費負担点数                      | 点                 | 点                 |     |
| 自 己 負 担 額                       | 円                 | 円                 |     |
| 第三者行為による療養<br>の場合は、その種類         |                   |                   |     |
| 年 月 日<br>医療機関 所在地<br>名称<br>医師氏名 |                   |                   |     |

|       |           |           |           |       |
|-------|-----------|-----------|-----------|-------|
| 認 定 欄 | 自 己 負 担 額 | 付 加 給 付 額 | 一 部 負 担 金 | 助 成 額 |
|       | 円         | 円         | 円         | 円     |