

障害者医療費助成申請書

年 月 日

野々市市長 宛

申請者 住所 野々市市

氏名

電話番号

次の医療費領収書又は別紙領収書のとおり、医療費、施術料、薬剤費を支払いましたので、助成申請します。なお、医療費助成金の算定のため、保険者から支給される高額療養費に関する情報を市長が調査することに同意します。

障害者手帳 等級			受給者番号	<input type="checkbox"/> (障) 医療						
身障	療育	精神		<input type="checkbox"/> 精神通院						
級	A・B	級	加入健康 保険の種類	国保・組 合国保	社保	後期高齢者				

受給資格者 (障害者)	<input type="checkbox"/> 申請者本人									
	<input type="checkbox"/> 申請者以外 住所 氏名 申請者との続柄									

振込先	<input type="checkbox"/> 前回と同じ									
	<input type="checkbox"/> 新規登録 又は 変更 (下段に振込先を記入してください)									
	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所 出張所	口座番号	口座名義人						
		普 当	ふりがな							

医療費領収書

診療年月	区 分	医療保険対象 総点数	領 収 額 (医療保険対象外分は除く。)	診療日数
年 月	入院・入院外・歯科 調剤・訪問看護	点	円	日
年 月	入院・入院外・歯科 調剤・訪問看護	点	円	日
年 月	入院・入院外・歯科 調剤・訪問看護	点	円	日

上記金額を領収しました。 (医療機関等)

年 月 日
(患者名)
所在地
名 称
氏 名

様

※欄は記入し ないで下さい	※ 自己負担額	※ 保険者負担額	※ 附加給付及び 高額療養費	※ 調整額	※ 助成決定額