様式第１号（第９条関係）

申請日　　　年 　月 　日

受付番号

重度障害者医療費支給申請書

岸和田市長　様

申請者 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

電話

下記のとおり、医療費の助成を申請します。

なお、支給決定金額を下記口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給医療 | | □　老人(一負)　　　　□　就学前児童等　　　　□　ひとり親　　　　□　障害者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | □　他府県　　　□　発行前　　　□　装具　　　□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者番号 | | | | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | |
| 対象(受給)者  氏名 | | （　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | 年　　 月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険の  加入状況 | | 記号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 区分 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険名称 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 資格取得日 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振 込 先 | 金融機関 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 支店名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号  1  2  3  4  5  6  7 | | 2  3  4  5  6  7  種別  □　普通　□　当座 | |  |  |  | | |  |  | |  | 種別 | □　普通　　□　当座 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| コウザメイギ（※カナで入力して下さい） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付した領収書の内訳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月分より　　　ヶ月 | | | | | | | | 外来 | | | | ヶ所　　日 | | | | | 入院 | | | ヶ所　　日 | | | | | | | 調剤 | | | | | | ヶ所　　　日 | | | | | | | | | | |

（注意事項）

※この申請書は、医療費の助成資格を有する方が他府県で受診した場合や、医療証の交付前に受診された場合等に係る保険診療分の助成分を請求する場合に使用します。

　※申請は、受診された翌月以降に行ってください。

※同月、同一医療機関の申請は必ずまとめて行ってください。別に申請されますと助成金額の返金を請求する場合があります。