

心身障害者医療費支給申請書 (年 月診療分)

館山市長様										年	月	日
下記のとおり申請します。												
申請者	氏名					住所						
療養者	氏名					生年月日	年 月 日					
等級	身体障害者	1・2・3級	知的障害者	㊦・㊦の1・㊦の2・ Aの1・Aの2・Bの1			精神障害者	電話	—			
保険	記号 番号				名称				退職医療	本人・被扶養		
									社会保険	本人・被扶養		
金融機関	銀行		支店		種別	口座番号			名義（カタカナ）			
					普当							

- * 高額療養費及び付加給付金の額が確定しない場合は助成金の支払が出来ない場合があります。
- * 申請書は一月当たり一枚必要です。申請する際は、診療月ごとにまとめて提出してください。
- * 領収書を紛失した場合は、申請書と証明書を医療機関に依頼して提出してください。（別紙様式あり）

(ここからは記入しないでください 市処理) 0 ・ 300 ・ 800

[illegible]

保 険 診 療 に よ る 自 己 療 負 担 額	証 明 手 数 料	給 付 決 定 額
円	円	円