

重度心身障がい者
ひとり親家庭等

医療費助成申請書

(町単独助成 有 ・ 無)

令和 年 月 日

音更町長 あて

申請者	住所	
	氏名	㊞
	対象者との続柄	
	電話	

注 ※印の欄は、記入しないでください。

重度心身障がい者・ひとり親家庭等医療費の助成を受けたいので、証拠書類を添えて申請をします。

受給資格者	受給者番号				保険者番号				
	住所				保険者の名称	<input type="checkbox"/> 音更町国保 <input type="checkbox"/> 上記以外 ()			
	氏名				医療保険番号				
	生年月日	年	月	日	男女				
医療費助成を受けることができなかった理由		1 受給者証の交付前 2 受給者証の未提示 3 道外での診療 4 補装具 5 柔整師等の施術 6 訪問看護 7 保険証の未提示 8 その他 ()							
医療を受けた病院等	所在地								
	名称 (医師等氏名)								
診療内容	診療区分			療養の期間	年 月 日から	療養日数	日間		
					年 月 日まで				
	発病負傷年月日	年 月 日		傷病名					
支給方法	1 口座振込	金融機関名	銀行・信用金庫				振込先	本店	
	2 その他		信用組合・農協					支店	
	()	口座番号	1 普通	2 当座	口座名義人	カナ			
		住所					漢字		
		◎原則として保護者の口座とする							
※決定欄	総医療費	保険給付額	公費負担額	高額療養費	附加給付額	基本利用料	一部負担金	支給決定額	初診時負担金
									内 回

申請内容を審査の結果、適正と認められたので支給してよろしいか伺います。

令和 年 月 日

※事務処理欄

受付	システム入力	ZAIMS	支出負担行為日/支給日
㊞	㊞	相手方番号	支出負担行為日
			年 月 日
			支給日
			年 月 日

課長	係長	主査	係