

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 ）

平成 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				医療保険記号	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				本店 支店		
	2 その他		信用組合・農協						
	( )	振込先	口座番号	1 普通    2 当座	口座名義人	カナ			
						漢字			
		住所				◎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。

平成 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	主幹	係長	係