

重度障がい者医療医療費助成支給申請書

令和 年 月 日

吹田市長 宛

申請者 住所

氏名

続柄（対象者の）

電話/FAX

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。

申請理由		<input type="checkbox"/> 他府県 <input type="checkbox"/> 発行前 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 超過 <input type="checkbox"/> 未提示 <input type="checkbox"/> その他（ ）													
フリガナ		受給者番号													
対象(受給)者氏名		生年月日													
医療保険の加入状況		記号							番号						
		被保険者氏名							区分						
		保険者名							保険者番号						
振込先	金融機関							支店名							
	口座番号							種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄						
	コウザメイギ（※カナで記入して下さい）														
添付した領収書の内訳															
年 月分より		ヶ月分	外来	ヶ所	日	入院	ヶ所	日	調剤	ヶ所	日				

委任状欄	令和 年 月 日 上記重度障がい者医療医療費の受領に関する一切の権限を に委任します。
	委任者 住所 _____
	氏名 _____
	電話/FAX _____