

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 (印)

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 (※カナで記入してください)											
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	

(捨印)

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

(印)

(捨印)