

# 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

捨印

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	本人											
	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 _____ 印

捨印