

心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

稲 沢 市 長 殿

住 所

申請者

氏 名

⑩

電話番号 () ー

次のとおり医療費の助成金を支給してください。

受 給 者	受給者番号				加 入 医 療 保 険	被保険者証 記号・番号					
	住 所					保険者番号					
	氏 名		性別	男・女		保険者の 所在地					
	生 年 月 日	年	月	日		被保険者氏名					
傷 病 名						通院 区分	入 院 ・ 入 院 外				
傷 病 原 因	第三者行為 ・ 学校のケガ ・ その他 ()										
発病・負傷年月日	年	月	日	療養 期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間
医 療 機 関 所在地・名称											
総 点 数 (保険診療)	点	支払額				円	※ 助成金 決定額				円
※ 助 成 決 定											
ふ り が な 口 座 名 義 人	金 融 機 関 名		店 舗 名		種 別	口 座 番 号					
	銀行		店		普 通						
	農協		支店		当 座						
	信用金庫		出張所								
委 任 状	上記の助成金の受領を に委任します。										
	氏名										⑩
注 ※印欄は記入しないでください。											

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。