

申請される(受診した)受給者の氏名・生年月日・住所を記入してください

# 重度心身障害者医療費支給申請書

＜受給者＞ (医療機関で診療を受けた方)

フリガナ	エニワ ハナエ	生年月日	S O 年 O 月 O 日
氏名	恵庭 花絵	個人番号	- この手続では個人番号の記入は不要です -
住所 (建物名等)	恵庭市京町1番地	市処理欄	受給者番号

＜申請者＞ (受給者本人等)

恵庭市長様 (申請日) O 年 O 月 O 日  
 重度心身障害者医療費の支給を受けたいので、領収書を添えて申請します。  
 領収書提出枚数 ( O ) 枚

フリガナ	エニワ タケオ	生年月日	S O 年 O 月 O 日
署名	恵庭 岳男	個人番号	- この手続では個人番号の記入は不要です -
住所 (建物名等)	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ (記入不要)	電話番号	OOO - OOO - OOOO
住所 (建物名等)		続柄	受給者から見て 本人 その他 ( 夫 )

＜受取口座＞ ↑ 受給対象者と住所が異なる場合のみ記入してください

口座名義人	フリガナ エニワ タケオ 恵庭 岳男	預金項目	普通・当座・( )
金融機関名	銀行 恵庭 信用(金庫・組合) 恵庭 本店 支店 農協 出張所	店番号	0001234567
		口座番号	

日中に連絡のとりやすい番号を記入してください

## 恵庭市使用欄

助成申請により、下記のとおり支給してよろしいか。	負担区分	課 (1割・2割) ・ 初
	保険割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
	高額医療費	該当(令和 年 月分) ・ 非該当
支払額	A	日
高額療養費等	B	日
一部負担金(初診時一部負担金)	C	日
支給決定額(A-B-C)		日

記入不要です

本人確認	備考	決裁欄		
① 番・免・パ・手帳 他 ( )	合算 有 ・ 無 (合算対象 )	課長	主査	担当
② 証・年金・資書・介 社員・学生 他 ( )	<input type="checkbox"/> 領収書返却済 支払予定日 年 月 日			
③ ヒア 代理確認手続 受給者証・健康保険情報 ・障害者手帳・委任状・ 他 ( )				