

口座振込先
 銀行名 _____ 銀行 _____ 支店
 口座番号 _____ 当座
 _____ 普通
 ふりがな _____
 口座名 _____ (印)

重度障害者 医療費支給申請書

小郡市長 殿 年 月 日
 住 所 : _____
 申請者 氏 名 : _____ (印)
 電話番号 : _____

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

当該申請に関して小郡市が住民基本台帳及び市町村民税に係る情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。

受給者 番号			被保険者証の 記号・番号				
受給者 氏名	年 月 日生		被保険者の 氏名				
生計 維持 者	氏名	子どもとの続柄 ()		個人 番号			
	住所						
療養 期間	年 月 日 ~		年 月 日				
医療 機関	所在地 名 称						
医療費 総 額	円		申請額	円			
費用額	保険者 負担分	一部 負担金	結予等 負担分	その他の 負担分	控 除 額		支給額
					受診料	往診料 控除額	