

# 心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

かほく市長様

(申請者) 住 所 かほく市 番地

氏 名 印

電 話 番 号

受給者番号								手帳等級	身障 級	療育	精神障害者保健 福祉手帳 級
保険区分	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(かほく市) <input type="checkbox"/> 社会保険(政府管掌) <input type="checkbox"/> 共済組合										
<input type="checkbox"/> 内に✓	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(組合) <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他( )										

【振込先に変更がある場合のみご記入ください。】

振込先	(金融機関名)	銀行	本店	(口座番号)
		金庫	支店	当座
		農協	支所	普通
	(口座名義) *カタカナで			

次の心身障害者医療費領収書のとおり、医療費、施術費及び薬剤費を支払いましたので申請します。

【医療機関の領収書を添付、又は下記の証明書に医療機関等の証明を受けて下さい。】

心身障害者医療費証明書				
患者氏名： _____ 様				
入院・入院外・歯科・調剤・柔整・訪問				
診療月	保険種別	日数	保険診療点数	一部負担金の支払額
年 月分	国保・社保	日	点	円
他法公費負担の有無				
上記金額領収しました。				
年 月 日				
( 医療機関等 )				
住所(所在地)				
名称				
印				