

様式第4 (第7条関係)

受給者番号	5	1	6			
-------	---	---	---	--	--	--

## 障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

犬山市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号 (            -            -            )

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

受 給 者	住 所					申請者との続柄	
	氏 名			生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	個人番号						
記 号 番 号	記号				番号		
保 険 者 名	国民健康保険・国民健康保険組合 全国健康保険協会・健康保険組合 共 済 組 合 ・ (            )						
	支 部						
保 険 者 番 号							
医 療 費 総 額			円	(            年            月診療分：入院・入院外 )			
申 請 額			円				
口座振込先記入欄 (1、2のいずれかに○をつけてください。2の場合は金融機関名をご記入ください。)							
1	前回と同じ口座に振込み		金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 (            )			本店
2	新規登録・口座変更 (いずれかに○をつけてください。)						支店
口 座 番 号 等				フリガナ			
普 通 当 座 (            )					口座名義		

※この欄は記入不要です

医療費総額	保険給付費	附加給付金	高額療養費④		一部負担金⑤		支給決定額(①-②-③-④-⑤)
①	②	③	多数該当	円	入院	円	円
円	円	円	世帯合算		入院外		
			課 税				
			非 課 税				
【療養期間】			【申請理由】			受 付 印	
年	月	日から	<input type="checkbox"/> 医療保険の給付 <input type="checkbox"/> 県外で受診			<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
年	月	日まで 計					

日 <input type="checkbox"/> その他 ( )  【診療科】 医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護			
---------------------------------------------------------------------	--	--	--