

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							
被保険者証の記号番号		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 座 (            )						口座名義		

※この欄は記入不要です

医療費総額①	保険給付費②	附加給付金③	高額療養費④		一部負担金⑤		支給決定額(①-②-③-④-⑤)
			多数該当	円	入院		円
			世帯合算		入院外		
			課 税				
円	円	円	非 課 税				円
【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 <input type="checkbox"/> その他 (            )			受 付
年 月 日まで 計 日							
【診療科】							
医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護							