

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	円
			世帯合算		入院外		
			課 税				
			非 課 税				
円	円	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							