

申請書は1カ月で1枚必要です

*「領収金額」と「診療点数」のいずれか低い方で計算を行うため、領収書の金額と支給金額が一致しない場合があります。

重度心身障がい老人健康管理事業費支給申請書

令和 3 年 4 月 1 日

八幡市長様

* 記入例

申請者 住所 八幡市 **八幡園内75番地**

氏名 **八幡 太郎**

TEL **075 (983) 2976**

下記のとおり、重度心身障がい老人健康管理事業費の支給を申請します。

| | | | | | | | | |
|-------------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 受給者氏名 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ (生年月日 明・大 昭21 年 5 月 1 日) | | | | | | | |
| 診療年月 | 令和3 年 4 月 受診分 | | | | | | | |
| 後期高齢者医療 被保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

*裏面に受診された医療機関を記入してください。

← 前回申請口座と同様の場合はチェックを入れてください。

| | | | | | | | | |
|--------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 振込金融機関・店名 | 銀行 信用金庫 △△ 本店支店 信用組合 協同組合 | | | | | | | |
| 口座種別・番号 | 当座 普通 貯蓄 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 口座名義人 (カタカナ) | ヤマト タロウ | | | | | | | |

*振込口座名義人が受給者と異なる場合は、委任状欄に記入してください。

| | |
|-----|--------------------------------------|
| 委任状 | 私は、下記の者を代理人と定め、上記給付金の受領に関する権限を委任します。 |
| | 委任者(受給者)住所 氏名 |
| | 受任者住所 氏名 (受給者との続柄) |

医療費支給申請補助用紙

* 太枠内の医療機関名のみご記入ください。

| 区分 | 医療を受けた病院名等 | 診療期間 | 診療 日数 | 総点数 | 窓口徴収額 | 給付額 |
|-------------|-----------------|------|----------|-----|-------|-----|
| 入院 | | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| | | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| 入院外 (通院) | ◇◇病院 | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| | | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| | | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| | | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| | | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| 歯科 | □□歯科 | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| | | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| 調剤 (薬局) | ☆☆薬局 八幡店 | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| | | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| | | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| 補装具 | | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| | | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |
| 訪問看護 | | ～ | 日 | 点 | 円 | 円 |