

# 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 年 月 日

八幡市長様

申請者 住所 八幡市

氏名

TEL ( )

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 type="checkbox"/> 申請者に同じ (生年月日 明・大・昭 年 月 日)						
診療年月	_____年 _____月 受診分						
後期高齢者医療 被保険者番号	0						

\*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 信用組合 協同組合							本店 支店
口座種別・番号	当座・普通・貯蓄							
口座名義人 (カタカナ)								

\*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)		～	日	点	円	円
		～	日	点	円	円
		～	日	点	円	円
		～	日	点	円	円
		～	日	点	円	円
歯科		～	日	点	円	円
		～	日	点	円	円
調剤 (薬局)		～	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