

# 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 <b>昭21</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日)							
診療年月	<b>令和3</b> 年 <b>4</b> 月 受診分							
後期高齢者医療 被保険者番号	0	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

\*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	<b>〇〇</b> <b>銀行</b> 信用金庫 <b>△△</b> 信用組合 本店 <b>支店</b> 協同組合							
口座種別・番号	当座 <b>普通</b> 貯蓄	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
口座名義人 (カタカナ)	<b>ヤマト タロウ</b>							

\*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)	<b>◇◇病院</b>	～	日	点	円	円
		～	日	点	円	円
		～	日	点	円	円
		～	日	点	円	円
		～	日	点	円	円
歯科	<b>□□歯科</b>	～	日	点	円	円
		～	日	点	円	円
調剤 (薬局)	<b>☆☆薬局 八幡店</b>	～	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