

### 障害者医療費助成（償還払）申請書

島本町長様

申請者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 ( )

次のとおり医療費の支給を申請しますので、下記金融機関の口座に振り込んでください。

なお、対象要件の確認のため、住民登録、所得状況、他の公費負担医療の受給状況、領収書の保険点数、附加給付の状況等について、関係機関に照会し、関係台帳等により確認することを承諾します。

対象者	氏名		健康保険証・医療証	※対象者の健康保険証(表面)・医療証のコピーを貼りつけるか、添付してください。 【コピーの無い場合のみ記入】 1 国保 2 社保 3 後期 1 本人 2 家族 医療証の受給者番号 ( )
	生年月日	年 月 日		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
振込先	⇒「登録口座」への振込となります。 ※口座が未登録の場合、または登録口座の変更を希望する場合は、「償還払いに係る振込口座登録(変更)届」(様式第5号)を併せて提出してください。			

※添付書類：医療機関発行の領収証書(受診された方の氏名・保険点数・診療日数が入ったもの)

★ 支給決定欄(この欄は、町が記入します。)

【府制度・町制度】

種別	受診時期	日数	医療費総額	自己負担額 (給付率 %)	一部自己負担金	高額療養費 (附加給付)	支給決定額
入院/医科/歯科/調剤 訪問看護/装具/( )	年 月分						
入院/医科/歯科/調剤 訪問看護/装具/( )	年 月分						
入院/医科/歯科/調剤 訪問看護/装具/( )	年 月分						
入院/医科/歯科/調剤 訪問看護/装具/( )	年 月分						
入院/医科/歯科/調剤 訪問看護/装具/( )	年 月分						
入院/医科/歯科/調剤 訪問看護/装具/( )	年 月分						
入院/医科/歯科/調剤 訪問看護/装具/( )	年 月分						
入院/医科/歯科/調剤 訪問看護/装具/( )	年 月分						
入院/医科/歯科/調剤 訪問看護/装具/( )	年 月分						
計							