

重度障害者医療費支給申請書

(申請先) 茨木市長

申請者 (受給者又は相続人代表)
住所 _____
氏名 _____ (自署の場合は押印不要) ㊟
電話番号 (_____ - _____)

次のとおり申請しますので、指定する金融機関の口座へ振り込んでください。
 添付する領収証書の保険点数等について医療機関に、付加給付等について加入している健康保険の保険者に対し、確認することに同意します。
 また、この申請書の記載事項に不備がある場合は、茨木市が訂正することに同意します。

個人番号											
受給者氏名					受給者番号						
保険者名					生年月日	明大 昭平 西歴	年	月	日		
振込先 金融機関名				銀行 農協 信金 信組	支店名				支店 本店 出張所		
口座 種別・番号	普通 当座 貯蓄 その他				(フリガナ)						
					口座名義人						

- ※1 振込先(口座名義人)が申請者と異なる場合は、下記の委任状欄に記入してください。
- ※2 本申請に関する問合先が申請者と異なる場合は、下記の問合先に記入してください。
- ※3 医療費支給に係る支払決定通知書の通知先は受給者の住所地となります。
 (送付先変更申請をしている場合は、申請している送付先へ通知します。)
- ※4 受給者の氏名、保険点数等及び診療日数が記載された領収書(コピー不可)を添付し、申請してください。

委任状	
(提出先) 茨木市長	年 月 日
	(口座名義人)
私は、本申請に係る医療費の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。	
委任者 (申請者)	住所 _____
	氏名 _____ (自署の場合は押印不要) ㊟

問 合 先	氏名	
	申請者との関係	
	電話番号	

(受付印)

※裏面事務処理欄あり

事務処理欄（※この欄は記入しないでください）

No.	診療年月	日数	診療区分	医療機関名	点数	患者負担額	付加給付等	自己負担金	支給決定額
1	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
2	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
3	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
4	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
5	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
6	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
7	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
8	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
9	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
10	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
11	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
12	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
13	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
14	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
15	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
16	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
17	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
18	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
19	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
20	/	日	入 外 歯 調 他 ()		点	円	円	円	円
合 計	—	—	件	—	—	—	—	—	円
備考	資格期間 年 月 日 ~ 年 月 日 保険者・区分 (国保 社保 後期 ・) 要件 () 高額療養費負担限度額(年齢 歳) <input type="checkbox"/> 70歳以上(65歳以上の後期含む) 上位(高 中 低) ・ 一般 ・ 非課税Ⅱ ・ 非課税Ⅰ 外来(円) 外来+入院(円) <input type="checkbox"/> 70歳未満 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ 多数該当 無 ・ 有 (円) 付加給付 無 ・ 有 (円)								