

心身障害者医療費助成金交付申請書

年 月 日

蒲郡市長 殿

住所 蒲郡市
受給者
氏名

電話 ()

次のとおり心身障害者医療費助成金の交付を申請します。

受給者番号					個人番号						
受給者氏名					年 月 日生						
加入保険	記号・番号										
	保険者番号								付加給付	有・無	円
	保険者名称										
申請額	費用額	円				療養費	円				
	医療費	円				高額療養費	円				
	領収額	円				助成金	円				
振込先	希望する振込先にチェックしてください。 (☐ 受給者のマイナンバーに登録された公金受取口座 ☐ 指定口座) への振込を希望する ※申請前後に公金受取口座を変更・登録抹消された場合、変更前の口座に振り込まれる場合があります。 ※両方にチェックがある場合は、指定口座に振り込みます。										
指定口座	銀行・信用金庫 店 農協・信用組合										
	フリガナ							口座番号	普・当		
	口座名義人										

医療等の状況

医療機関 所在地・名称	☐ 別添のとおり・ ☐ 所在地 () 名 称 ()										
診療月	年 月		初診日	日							
入院	日数	日		歯科	日数	日					
	点数	点			点数	点					
入院外	日数	日		薬剤	日数	日					
	点数	点			点数	点					