（ 移 ・ 障 ・ 乳 ・ 母 ・ 高 ・ こ ）　　　　　　□身元確認済（個・免・保（　　　））

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□代理権確認済（　　　　　　　　 　）

福祉医療費

高齢重度障害者医療費 支給申請書（　　　　年　　月診療分）

こども医療費

療費

申請額　　　　　　　　　　　　　円

（ 町単分：　　　　円 ・ 県単分:　　　　円 ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者性別生年月日・年齢（個人番号） | 　男・　女年　　月　　日[ 小・中・高　　　年]　 　歳　　　　　　　（　　　　　　　　　　　） | 受給者番号 |  |
| 区　　　　分 | 一般 ・ その他(　　 ) |
| 保険者の名称（保険者番号） | （　　　　　　　　　　） | 保険種別 | 国保 ・　 社保後期高齢者医療 |
| 被保険者証等の記号・番号 |  | 一部負担の割合 | 　　割 ・ 高額 |
| 医療機関（診療科）薬局等の名称・所在地 |  | 医療を受けた期　　　　間 |  年　 月　 日から 年　 月 日まで（　　　　　日 ） |
| 総医療費 | 自己負担額(本人支払額) | 一　　　部自己負担額 | 高額療養費等 | 福祉医療費支給額 | 種　　　類 |
|  | 　　　　　　　 | 　　　　　　　 |  |  | 入院　外来歯科　調剤 (　　) |
| 添付書類　１　保険給付がなされることを証明した書類２　保険医療機関等において発行された領収書３　医療保険が療養費払いの場合には、療養費支給証明書４　家族療養費付加金等がある場合は、付加給付等支給額証明書 |
| 　香美町長　　 　様上記により医療費の支給を申請します。　　　　　　　　年　　月　　日申請者　　　住　　所氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印個人番号（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　 （　　　　）　　　　　 |
| 振込先 | 金融機関名（支店名） |  | 口　座番　号 | 普 ・ 当 | (フリガナ)口座名義 |  |
|  |