

重度障害者医療費助成申請書

(提出先)

平塚市長

受付者

令和 年 月 日

窓口に来た人の氏名 続柄 ()	窓口に来た人の住所
電話番号 ()	平塚市

申請者の氏名 同上	申請者の住所 同上
生年月日 明大昭平令 年 月 日	

保険証の記号・番号 左詰で記入してください。 <table border="1"> <tr><td>記号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>保険者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 保険者の名称 平塚市国民健康保険 後期高齢者医療保険 全国健康保険協会 _____ 支部 その他(名称: _____)	記号										番号										保険者番号										対象者 本人 被扶養 被保険者氏名 本人 (国民健康保険の場合は世帯主) 保険証に記載されている 加入日又は資格取得日 昭平令 年 月 日
記号																															
番号																															
保険者番号																															

診療期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 請求は診療月の翌月分からです。

確認
 受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

 身体障害者手帳 1・2・3級(手帳番号 _____)
 知的障がい者判定 A1・A2・40以下(手帳番号 _____)
 精神障害者保健福祉手帳 1級(手帳番号 _____)(有効期限 年 月 日)
 身体障害者手帳 4級+知的障がい者判定 50以下(身障手帳番号 _____)(療育手帳番号 _____)

入外区分	内 訳		
外来合計	月(実日数 日) 円	月(実日数 日) 円	月(実日数 日) 円
	入・外 受付番号:	入・外 受付番号:	入・外 受付番号:
入院合計	月(実日数 日) 円	月(実日数 日) 円	月(実日数 日) 円
	入・外 受付番号:	入・外 受付番号:	入・外 受付番号:
支給決定額	月(実日数 日) 円	月(実日数 日) 円	月(実日数 日) 円
	入・外 受付番号:	入・外 受付番号:	入・外 受付番号:

振込先口座 口座あり 口座なし(口座届出書を添付すること)

キリトリ

2019.5

様分の重度障害者医療費助成金として _____ 円を、

令和 年 月 日頃に御登録いただいている口座にお振込みします。

お問い合わせ 電話 0463-21-8774

ファックス 0463-21-1213

障がい福祉課

助成金については、受付後の審査で金額が変更になる場合がありますので御了承ください。

別記様式（第5条関係）

内 訳			
月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円
入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：
月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円
入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：
月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円
入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：
月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円
入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：
月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円
入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：
月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円
入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：
月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円
入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：
月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円
入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：
月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円
入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：
月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円
入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：
月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円
入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：
月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円	月（実日数 日） 円
入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：	入・外 受付番号：

窓口での償還払い時に必要なもの

身体障害者手帳または療育手帳または精神保健福祉手帳 健康保険証 ④医療証
 領収書（患者名・保険診療額・診療日が明記されていて、領収印があるもの）
 高額療養費に該当した場合は、高額療養費の決定通知書
 入院等で多額の医療費をお支払いになったときには、ご加入の健康保険に高額療養費の
 支給申請をして、支給決定通知書を受け取った後で償還払いを申請してください。