

重度障害者医療費助成申請書

(提出先)

平塚市長

受付者

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 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 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
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
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
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

42407

様分の重度障害者医療費助成金として _____ 円を、

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。

窓口での償還払い時に必要なもの

全員が必要なもの	<ul style="list-style-type: none">・身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳・保険情報の確認出来るもの（有効な健康保険証・資格情報のお知らせ又は資格確認書・マイナポータル画面等）・障 医療証・医療費の領収書原本 （患者名・保険診療額・診療日が明記されているもの）
高額療養費や付加給付金に該当した場合	<ul style="list-style-type: none">・高額療養費や付加給付金の金額が分かる決定通知書等 平塚市国民健康保険、神奈川県後期高齢者医療制度に加入されている場合、持参不要です。
治療用装具費の助成を申請する場合	<ul style="list-style-type: none">・健康保険組合等からの給付金の金額が分かる決定通知書等・装具に関する医師の診断書（証明書）・領収書（健康保険組合に原本を提出している場合はコピー可） 平塚市国民健康保険、神奈川県後期高齢者医療制度に加入されている場合、障がい福祉課での手続きは不要です。保険年金課で障 医療証を提示して申請してください。

償還払いは、郵送申請もできます。申請書の太枠内を記入して上記の持ち物のコピー（領収書のみは原本）を平塚市障がい福祉課（〒254-8686 平塚市浅間町9-1）へお送りください。また、領収書を返却希望の場合はメモを添付してください。受付印を押印して返却します。