

年 月分 心身障害者医療助成費支給申請書(A)

										受付番号									
負担者番号			8	0	1	3	3	2	受給者番号			9							
世帯主/被保険者氏名										保険種別									
保険証記号番号			記号					番号					国保・社保・後期高齢						
保険者名								保険者番号(右詰め)											
対象者	フリガナ																		
	氏名																		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和				年	月	日	性別	男・女									
入院外来の別	入院・外来		申請の種類		1.医科 2.歯科 3.調剤 4.補装具 5.施術(マッサージ)														
診療等を受けた期間		平成・令和		年	月	日	～	日											
医療機関名																			
申請の理由		都外受診・証忘れ・証発行前受診・柔整・補装具・その他()																	
申請額	保険対象自己負担額			(-)一部負担金相当額			(-)高額療養費等			(=)医療助成費									
なお、支給額決定後は下記口座にお振込みください。																			
振込先情報 ※本人名義(未成年は保護者でも可)		金融機関名		銀行・信用金庫・信用組合 労働金庫・農業協同組合															
		支店名		支店			口座の種類		普通・当座・貯蓄										
		口座番号		口座名義															
上記の通り医療助成費の申請をします。																			
										令和		年	月	日					
町田市長 様		〒		電話番号			()												
対象者		住所		氏名															
代行者		住所		電話番号			()												
		氏名		(続柄)															
センター		【受付印】 障がい福祉課			処理欄														
					/			/			/								

年 月分 心身障害者医療助成費支給申請書(B)

受給者番号	9						受給者氏名	
-------	---	--	--	--	--	--	-------	--

2 件 目	受付番号/日付	医療機関名						
		申請の種類	入院・外来	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.補装具	5.施術(マッサージ)
	年 月 日	保険対象自己負担額	(-)一部負担金相当額	(-)高額療養費等	(=)医療助成費			
	～ 月 日							

3 件 目	受付番号/日付	医療機関名						
		申請の種類	入院・外来	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.補装具	5.施術(マッサージ)
	年 月 日	保険対象自己負担額	(-)一部負担金相当額	(-)高額療養費等	(=)医療助成費			
	～ 月 日							

4 件 目	受付番号/日付	医療機関名						
		申請の種類	入院・外来	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.補装具	5.施術(マッサージ)
	年 月 日	保険対象自己負担額	(-)一部負担金相当額	(-)高額療養費等	(=)医療助成費			
	～ 月 日							

5 件 目	受付番号/日付	医療機関名						
		申請の種類	入院・外来	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.補装具	5.施術(マッサージ)
	年 月 日	保険対象自己負担額	(-)一部負担金相当額	(-)高額療養費等	(=)医療助成費			
	～ 月 日							

6 件 目	受付番号/日付	医療機関名						
		申請の種類	入院・外来	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.補装具	5.施術(マッサージ)
	年 月 日	保険対象自己負担額	(-)一部負担金相当額	(-)高額療養費等	(=)医療助成費			
	～ 月 日							

7 件 目	受付番号/日付	医療機関名						
		申請の種類	入院・外来	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.補装具	5.施術(マッサージ)
	年 月 日	保険対象自己負担額	(-)一部負担金相当額	(-)高額療養費等	(=)医療助成費			
	～ 月 日							

1～7合計金額	
---------	--

(注)

- 1 保険の療養費支給決定通知書又は領収書等を添えて申請してください。
なお、医療保険での付加給付のある人は必ず申し出てください。
- 2 対象者が未成年の場合は、国民健康保険の世帯主(組合員)又は社会保険の被保険者(組合員)が申請代行者となります。
- 3 口座振込の場合は、対象者以外の口座には振込できませんので注意してください。
- 4 保険者番号は右詰めで、記入してください。
- 5 申請書の記入漏れがないようにお願いします。