

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) ☐ 公金受取口座を利用します。		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																				
〒 電話番号 ()																				
代行者 住所																				
氏名 (続柄)																				
センター		【受付印】 障がい福祉課				処理欄														
						/				/				/						