

障 ひ 子

医療費助成支給申請書兼請求書

※太枠内を記入してください。

(宛先) 河内長野市長

年 月 日

【申請者】 受相給又続 給対は人 象代表者	氏名	(対象者からみでの続柄:)	電話番号	()
	住所			
	申請理由	<input type="checkbox"/> 大阪府外受診 <input type="checkbox"/> 医療証交付前受診 <input type="checkbox"/> 医療証未提示 <input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 一部自己負担額償還 <input type="checkbox"/> その他 ()		

下記のとおり申請・請求します。

また、私(申請者)と振込先の口座名義が異なる場合には口座名義人を代理人と定め、口座振替の方法により医療費助成支給を受ける一切の権限を委任します。

なお、添付する領収書の保険点数等について医療機関等に、付加給付等について保険者に照会することに同意します。

(相続人代表が申請者の場合) 申請・請求及び受領に関し相続人を代表して申請者が行い、一切の責任を負うこと。また、他の親族等からの問い合わせについて、申請者名等を情報提供することに同意します。

領収書の添付がない診療については、公簿等で確認することに同意します。これにより、当該診療年月分の領収書を後日改めて提出する必要がないことを理解しました。

また、支給額の算定は医療機関提供の診療報酬明細書を元に行うことに同意します。

対象者	受給者番号							請求対象診療年月				
	フリガナ											
	氏名						指定難病	あり	なし			
	生年月日			年		月		日	特定疾病	あり	なし	
加入健康保険	被保険者名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ										
	保険者番号											
	保険者名称											
振込先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合					支店名				預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号 (左詰めで記入)					フリガナ						
						口座名義人						

※本申請による支給決定後、後日、遡って受給資格がないことが判明した場合には、支給した助成費を返還していただくことがあります。

※振込先口座については、一度ご登録いただいている場合、2回目以降の申請時には記入を省略することができます。ただし、口座情報に変更がある場合は、新しい情報をご記入ください。

市役所使用欄

保険種別	国保	後期	社保	領収書1月あたり	3枚以下	4枚以上	資格取得日	年	月	日
							(主保険からの給付確認) 領収書 ・ 支給決定通知書 ・ 同時申請			
未就学	10,500点	無	支給			助成額				
70歳未満	7,000点	有	同世帯 7,000点	無	支給					
70歳以上	合計9,000点	無	府内受診 合計 9,000点	無	世帯計	無	支給	チェック欄 受付者サイン 確認者サイン 窓1 窓2 職 委1 委2 職		
					5万円	有	高額			
					高額					
		有	高額							