

## 記入例

## 障害者医療費支給申請書

令和〇年〇月〇日

治療を受けた方(受給資格者)の住所・氏名等を記入してください。

ただし、受給資格者が未成年の場合は保護者の氏名を記入してください。

申請者住所

江南市赤童子町大堀〇〇番地

氏名

江南 太郎

電話

0587-54-1111

下記のとおり申請します。

受給者番号	518 - 123456		加入医療保険	保険者名			
受給資格者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		被保険者名			
	氏名	江南 太郎		付加給付	有・無		
生年月日	昭和〇平成〇年〇月〇日						
傷病名							
医療機関	所在地	江南市布袋町××番地					
	名称	△△病院 内科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・眼科・歯科・調剤薬局					
医療を受けた期間	令和〇年〇月〇日から	日間		<input type="checkbox"/> 入院			
	令和〇年〇月〇日まで			<input type="checkbox"/> 入院外			
申請理由	<input type="checkbox"/> 県外受診						
	<input type="checkbox"/> 補装具						
備考	振込先口座の内容を記入してください。 申請者名義以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。 ただし、未成年者の名義へは振り込みできません。						
振込口座	金融機関	△△△	銀行 信用金庫 農協	口座番号	普通 6543210	口座名義	(カタカナ) コウナン タロウ
	支店	〇〇〇	支店				

金融機関番号 ( ) 店舗番号 ( )

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	助成割合	助成算出額	不払い額	高額療養費、付加給付金	支給決定額
円	割	円	円	円	円

補装具 申請内容確認

- 学校でのケガ  
 学校以外

入力

確認

障害者医療費支給申請書

令和 年 月 日

江南市長

申請者住所

氏名

下記のとおり申請します。

電話

受給者番号		5 1 8 -		加入医療保険	保険者名		
受給資格者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			被保険者名		
	氏名				付加給付	有・無	
	生年月日	昭和・平成	年 月 日				
傷病名							
医療機関		所在地					
		名称 内科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・眼科・歯科・調剤薬局					
医療を受けた期間		令和 年 月 日から			日間	<input type="checkbox"/> 入院	
		令和 年 月 日まで				<input type="checkbox"/> 入院外	
申請理由		<input type="checkbox"/> 県外受診					
		<input type="checkbox"/> 補装具					
		<input type="checkbox"/> その他					
備考							
振込口座		金融機関	銀行 信用金庫 農協		口座番号	普通	口座名義 (カタカナ)
			支店				

金融機関番号 ( ) 店舗番号 ( )

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	助成割合	助成算出額	不払い額	高額療養費、付加給付金	支給決定額
円	割	円	円	円	円

補装具 申請内容確認 <input type="checkbox"/> 学校でのケガ <input type="checkbox"/> 学校以外
--

入	力	確	認
---	---	---	---