

心身障害者医療給付金支給申請請求書

年 月 日

(あて先)白山市長

申請者 住所  
(受給資格者) 氏名 ①  
電 話 ー

次のとおり、下記又は別紙医療明細の分かる領収書を添えて、心身障害者医療給付金の支給を申請請求します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、世帯に係る所得調査に同意します。  
また、本申請に係る老人保健高額医療費の受領に関する一切の権限を、白山市長に委任します。

受給資格者	住 所			月診療分
	氏 名		生年月日	( 歳)
	受給者番号		手帳の 区 分	
加入医療制度	保 険 者 名		記号番号	
振 込 先 ※				普通・当座
				口座番号

(注)※については、受領を委任する場合は、委任状が必要になります。

医 療 費 領 収 書

診 療 年 月	区 分	医 療 保 険 対象総点数	領 収 額 (医療保険対象外分は除く。)	診療日数
年 月	入院・入院外・調 剤・訪問看護	点	円	日
年 月	入院・入院外・調 剤・訪問看護	点	円	日
年 月	入院・入院外・調 剤・訪問看護	点	円	日
年 月	入院・入院外・調 剤・訪問看護	点	円	日

上記金額を領収しました。

(医療機関等)

年 月 日

所在地

(患者名)

名 称

様

氏 名

①