

重度心身障害老人健康管理事業給付金支給申請書

年 月 日

木津川市長 宛て

住 所 木津川市

申請者 氏 名

電話番号 — —

次のとおり平成 年 月分の福祉医療費の支給を申請します。

保険者番号	3	9	2	6	2	1	4	2	フリガナ 受給者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
被保険者番号									生年月日	大・昭 年 月 日

支給については、

- 前回支給時と同じ口座に振込を希望します
- 次の口座に振込を希望します

振込口座	銀行	本店	口座種別	普通 ・ 当座		
	信用金庫	支店	口座番号			
	農 協	出張所	フリガナ 口座名義人			

(お願い)

- ・ 支給申請は、支払日の翌日から起算して5年以内に行ってください。
- ・ 申請書は、1か月ごとに作成してください。
- ・ 必ず領収証書原本をご持参ください。領収証書に受診回数や診療報酬点数等の記載がない場合、医療機関で補記していただき、補記された領収証書を添付してください。
- ・ 医療費の支給を初めて申請される場合や振込先口座の変更を希望される場合は、振込先口座を確認できる通帳等の写しを添付していただくか、ご持参ください。

(注意事項)

- ・ 健康保険法及び国民健康保険法に基づき10円未満の端数について四捨五入されるため、支給額がお支払いされた金額よりも少なくなることがあります。
- ・ ご提出いただいた領収証書は支給対象外の場合を除き返却しません。

※以下の欄は記入しないでください。