第5号様式(第3条関係)

本人確認							
個人	運転	旅券	障害	療育	精神	在留	
	保険	受給	児扶	特児	年金		

年　　月　　日

大垣市心身障害者医療費支給申請書

大垣市長　様

申請者　住所　大垣市

(受給資格者)　氏名　　受給資格者との続柄（　　）

個人番号												

電話　　－　　－

受給資格者	受給者証番号	0 2 -	個人番号	
	氏名		生年月日	年　月　日
加入医療保険	被保険者（世帯主）氏名		受給資格者との続柄	
	記号番号		保険者番号	
振込金融機関	金融機関名	口座名義人	口座種別	口座番号
	銀行 金庫　店 農協	フリガナ	普通・当座	

次のとおり診療等を受けたので、医療費助成金の支給を申請します。

診療月	年　月分	
区分	外来	入院
保険給付割合	1　7割　2　8割 3　9割　4　定額	1　7割　2　8割 3　9割　4　定額
実日数	日	日
保険総点数	点	点
上記のうち他法公費負担対象点数	点	点
一部負担金	円	円

支給内訳	総医療費 A	法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 D(B+C)	支給決定額 A−D
	(入院)				
	(外来)				

注）1　この申請書を提出の際、現在加入の医療保険の被保険者証、受給者証、領収書を持参してください。
2　療養費の支給の対象となる医療(やむを得ない理由で被保険者証を提示せずに受診、コルセットを装着等)を受けたときは、加入医療保険の支払決定通知書を添付してください。
3　支給決定額の計算では、医療機関と同様の10円単位での端数処理（四捨五入）を行わないため、支給決定額が一部負担金の全額に満たない場合があります。

受付	入力	確認