

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	

## 大垣市心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

大垣市長様

住 所 大垣市

申請者  
(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		個 人 号	
	氏 名		生年月日	
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	
受取口座	<input type="checkbox"/> 受給資格者の公金受取口座を利用します。 ※国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、上記にチェック(☑)してください。 ※本申請書提出後に公金受取口座を変更した場合は、別途その口座が分かる書類の提出が必要です。			
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 農協	フガナ -----	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 3 9割	2 8割 4 定額	1 7割 3 9割	2 8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、現在加入している医療保険の被保険者であることを証明するもの、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社会保険各法の被保険者等であることの確認を受けずに受診、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	マ付ホ