様式第４号（第８条関係）

年　　　月　　　日

米原市長　様

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号

知的障がい者(児)医療費助成申請書

　米原市知的障がい者(児)医療費助成条例第７条の規定により、知的障がい者(児)医療費の助成を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受　　療　　年　　月 | 年　　　　　　　月　診療分 |
| 受給資格者 | 受給資格番号 | 　記号　　　　　　　番号 | 入院・外来 |
| フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　　 |
| 加入保険 | 被保険者、組合員または世帯主 | 　 |
| 記号・番号 | 　 |
| 保険者の名称 | □国保　□全国健康保険協会　　　　　　　　支部□（その他）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 振込先 | 　　　　　　　銀行・金庫　　　　　　　　　　　本店・支店　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　支所・出張所 | 支給決定額 |
| 普通・当座 | 口座番号 | 　 | ※円 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 |  |

（注）　１　※印欄は記入しないでください。

２　申請者欄は助成対象者名を御記入ください。

３　口座名義人が申請者（請求者）と異なる場合は、下記委任欄に必ず御記入ください。

添付書類

１　医療に要した費用の額を証する書類

２　高額療養費附加給付支給決定通知書または、これに代わる証明書

３　その他必要と認める書類

|  |  |
| --- | --- |
| 委　任　欄 | 上記医療費助成金の受領の権限を　　　　　　　　　　　　　　に委任します。委任者（申請者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |