

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	※
	フリガナ		
	口座名義人		
			円

- (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 _____
-----	---