

第1号様式(第4条関係)

寒川町重度障害者等医療費助成申請書

|                           |                  |                |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
|---------------------------|------------------|----------------|-------|--------|-----------|-----------|----------------|--------|---------|--|--|
| 受給者番号                     | 0                | 1              | 2     | 3      | 4         | 5         | 6              | 被保険者氏名 | 寒川 一郎   |  |  |
| 保険の種類                     | 1.国保             |                | 2.組合  |        | 3.全管      |           | 被保険者証<br>記号・番号 | 記号     | 番号      |  |  |
|                           | 4.日雇             |                | 5.船員  |        | 6.共済      |           |                | 52     | 4040404 |  |  |
|                           | 7.後期             |                |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
| 保 険 者                     | 名 称              | 寒川町            |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
|                           | 所在地              | 高座郡寒川町宮山165    |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
| 対 象 者                     | 氏 名              | 寒川 一郎          |       |        | 生年月日      | 昭和30年5月5日 |                | 男・女    |         |  |  |
|                           | 住 所              | 寒川町宮山1111      |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
|                           | 個人番号             | 1111 2222 3333 |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
| 医療区分                      | 1.医学科            |                | 2.歯学科 |        | 3.調剤      |           | 4.訪問看護         |        |         |  |  |
|                           | 5.移送             |                | 6.補装具 |        | 7.その他     |           |                |        |         |  |  |
| 入院・入院<br>外の別              | 1.入院院            |                | 2.入院外 |        |           |           |                |        |         |  |  |
| 診療等を受<br>けた期間             | 年 月 から           |                |       | 年 月 まで |           |           |                |        |         |  |  |
| 医療費総額                     | 円                |                |       | 支給決定額  |           | 円         |                |        |         |  |  |
| 決定理由<br>(算出の内訳)           | 別紙「領収書等」のとおり     |                |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
| 振 込 先<br>金 融 機 関          | 金融機関名            | 支 店 名          |       | 1.普通   | 口座番号      | 1234567   |                |        |         |  |  |
|                           | さがみ農協            | 寒川             | 2.当座  | ふりがな   | さむかわ いちろう |           |                |        |         |  |  |
|                           |                  |                |       | 口座名義   | 寒川 一郎     |           |                |        |         |  |  |
| 上記のとおり重度障害者等医療費助成の申請をします。 |                  |                |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
| (宛先)寒川町長                  |                  |                |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
| 年 月 日                     |                  |                |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
| 住 所                       | 寒川町宮山1111        |                |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
| 氏 名                       | 寒川 一郎            |                |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
| 個 人 番 号                   | 1111 2222 3333   |                |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
| 対象者との続柄                   | 本人               |                |       |        |           |           |                |        |         |  |  |
| 電 話 番 号                   | 0467 ( 74 ) 1111 |                |       |        |           |           |                |        |         |  |  |

←申請者が記載

|                 |   |                                      |
|-----------------|---|--------------------------------------|
| 受給者番号           | 受給者証を確認して記載してください   |                                      |
| 被保険者氏名          | 保険証を確認して記載してください  |                                      |
| 保険の種類           | 保険証を確認して記載してください  |                                      |
| 被保険者証_記号        | 保険証を確認して記載してください  |                                      |
| 被保険者証_番号        | 保険証を確認して記載してください  |                                      |
| 保 険 者           | 名 称   | 保険証を確認して記載してください                     |
|                 | 所在地   | 保険証を確認して記載してください                     |
| 対 象 者           | 氏 名   | 受診者の情報を記載してください                      |
|                 | 生年月日  |                                      |
|                 | 住所  |                                      |
|                 | 個人番号  |                                      |
| 振込先<br>金融<br>機関 | 金融機関名   | 振込先情報を記載してください<br>(名義はどなたのものでも大丈夫です) |
|                 | 支店名   |                                      |
|                 | 口座番号  |                                      |
|                 | ふりがな  |                                      |
|                 | 口座名義  |                                      |
| 住所              | 基本的には受診者の情報を記載してください(ただし、成年後見がついてい<br>る、または、受診者が未成年の場合は保護者、または、後見人の情報を記<br>載) |                                      |
| 氏名              |   |                                      |
| 個人番号            |   |                                      |
| 対象者との続柄         |   |                                      |
| 電話番号            |   |                                      |