

記入例

●申請書に添付するもの●

- ・助成対象者の保険証のコピーと領収書
- ・高額療養費に該当する場合は、お問い合わせください
- ・窓口に来庁して申請する場合は、申請者の本人確認書類を持参ください
- ※本人確認書類(官公署発行の顔写真表示がある書類1点もしくは、顔写真表示がない書類で、氏名、生年月日等の記載がある書類2点<健康保険証、年金手帳等>)
- ・領収書の原本の返却を希望する場合は、申請書の余白に「領収書返却希望」とご記入ください

福祉医療費助成費支給申請書

医療の種類	高齢重度障害者医療		対象者氏名	伊丹 花子			
受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		生年月日	昭和〇年〇〇月〇〇日			
受給資格	〇	日	受給資格終了日	年 月 日			
被保険者 記号番号	〇		保険種別	〇			
	〇		保険者名	〇			
	〇		保険加入日	年 月 日			
助成費 振込口座	伊丹		<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> ()	伊丹	<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 営業部 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ()		
口座種別 口座番号	(普・当・貯) 〇〇〇〇〇〇〇		フリガナ	イタミ ハナコ			
申請の理由	県外受診	国保組合	高額	一般診療	治療用器具	鍼・灸	マッサージ
	証交付前	年 月 日				柔道整復	その他
合計支給額	円		入院 外来				

受給者の情報を記入してください

受給者証の情報を記入してください

振込先(受給者本人もしくは保護者)の口座を記入してください

※診療を受けた医療機関の領収書を添付してください。

上記により医療費の助成を申請します。

申請日を記入してください

〇年〇〇月〇〇日

住 所 伊丹市〇〇町〇〇番〇〇号
氏 名 伊丹 太郎 (続柄 夫)
電話番号 〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇

申請者の情報を記入してください

伊丹市長 様