

1 指定振込口座

受付日 年 月 日

受付番号

### 福祉医療費支給申請書兼請求書

(あて先)

小野市長 様

申請者 住所  
氏名  
受給者との続柄 ( )  
電話

下記のとおり、医療費の助成を申請します。支給決定金額を下記口座に振り込んでください。  
※申請者（18歳以上は受給者）以外の口座に振り込みを希望する場合は、下記の□に✓を記入してください。

□ 申請者は、支給決定金額の受領に関する一切の権限を下記口座名義人に委任します。

受給医療	<input type="checkbox"/> 高齢期移行 <input type="checkbox"/> 高齢重度障害者 <input type="checkbox"/> 乳幼児・こども <input type="checkbox"/> 母子家庭等 <input type="checkbox"/> 重度障害者										
申請理由	<input type="checkbox"/> 他府県 <input type="checkbox"/> 発行前 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
フリガナ											
受給者氏名	受給者番号										
	生年月日										
	個人番号										
医療保険の加入状況	記号					番号					
	被保険者氏名							続柄			
	医療保険名称							保険者番号			
	医療保険の所在地										
振込先	金融機関					支店名					
	口座番号						種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	コウザメイギ (※カナで記入して下さい)										
添付した領収書の内訳 年 月分より ヶ月分											

※この申請書は、医療費の助成資格を有する方が、他府県で受診した場合や、受給者証の交付前に受診された場合等に係る保険診療分の助成分を請求する場合に使用します。  
※申請は、受診された翌月以降に行ってください。  
※同月、同一医療機関の申請は必ずまとめて行ってください。別に申請をされますと助成金額の返金を請求する場合があります。

#### 【市記入欄】

低Ⅰ・低Ⅱ

事項	確認	詳細
高額療養費		有[国保(同日、. . .申請)社保] 無
補装具 自費(10割)		国保(同日、. . .申請) 社保通知有
公費医療有無		
スポーツ振興		
受給月申請		当月受診予定 ( 有 . 無 )

年月	自己負担額	高額・限度額	支給額
		計	

受付者 \_\_\_\_\_