

重度心身障害者 医療費月額限度額支給申請書

＜受給者＞ (医療機関で診療を受けた方)

フリガナ				生年月日	年	月	日
氏名				個人番号			
住所 (建物名等)				市処理欄	宛名番号 受給者番号		

＜合算の対象となる方＞ (受給者と同じ世帯にいる同制度受給者)

フリガナ			
氏名			
受給者番号			

＜申請者＞ (受給者本人 または 保護者)

北見市長 様 (申請日) 年 月 日
 重度心身障害者医療費の月額限度額の支給を受けたいので、領収書を添えて申請します。

フリガナ				生年月日	年	月	日
氏名	署名			個人番号			
				電話番号	-	-	
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ (記入不要)			続柄	受給者から見て		

＜受取口座＞ (申請者の口座)

口座名義人	カナ		
郵便局の通帳に振込	通帳の記号		通帳の番号
	1	0	- 1
銀行口座に振込	口座番号		
銀行・信金・労金	本店	<input type="checkbox"/> 普通	
信組・農協・漁協	支店	<input type="checkbox"/> 当座	

※やむをえず口座を利用できない場合

為替証書払い

窓口払い

市処理欄

北見市使用欄

本人確認	年 月 分	診療区分	入院・入院外・歯科・調剤・他()	
①番・免・パ・手帳 他()	診療区分・医療機関名		種別	一部負担金額
②証・年金・児童・バス 社員・学生 他()			現物・償還	
代理権確認手段 受給者証・保険証 障害者手帳・委任状 他()			現物・償還	
	合計 (A)			
添付書類	審査	月額限度額 (B)	(通院) 円・(入院) 円	
		年間上限額・多数該当	円・	円
<input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 他()		次のとおり決定してよろしいか	支給決定額 (A) - (B) 円	
備考			第 4 類	
			課長	係長 係

