

重度心身障がい者・ひとり親家庭等医療費助成金支給申込書

千 歳 市 長 様

令和 年 月 日	
申込者 住 所	
氏 名	
電話番号	
受給者との続柄（本人・夫・妻・父・母・ ）	
個人番号	

重度心身障がい者医療費・ひとり親家庭等医療費助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申し込みます。

申 込 内 容	受 給 者	受給者番号							健康保険証 記号番号	—						
		個人番号														
		氏 名							生年月日	大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日						
	振 込 先	フリガナ								預金種目	普通・当座・（ ）					
		口座名義人														
	金融機関			銀 行 信用金庫 信用組合 労働金庫 協同組合					本店 本所 支店	店 番 号	口 座 番 号					

決 定 欄	決 裁	課 長			係 長			係			決定年月日	令和 年 月 日					
	1 上記申込内容を審査の結果、次のとおり支給する。（親初・親課）（障初・障課・老初・老課）																
	2 次の理由により、上記申込みを不承諾とする。（理由 ）																
	負 担 区 分		一般・就学前・非課税				医 療 費 区 分		入院・入院外・補装具								
	総 医 療 費		保険給付額		自己負担額		高額療養費		付加給付及び 保険対象外額		一部負担金		支給決定額				
	入 外 調 歯 補																