

# 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
<b>申込者</b> 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。

<b>申 込 内 容</b>	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					

<b>決 定 欄</b>	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      )										
入 外 調 歯 補	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		