

心身障がい者医療費助成金交付申請書

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(受給者)住所.....

氏名.....印

(電話 局 番)

次のとおりですので、心身障がい者医療費助成金を交付してください。

受給者証の番号		心身障がい者の氏名	
申請区分	医科(入・外)・歯科・調剤・柔整・鍼灸・看護料・治療用装具・その他()		
診療を受け始めた年月日	平成 年 月 日		
保険給付区分	[国保(退職) 世帯主・世帯員] [社保等 被保険者・家族]		
心身障がい者医療費助成金振込口座	銀行 信用金庫 農業協同組合 店		
金融機関コード		口座種別	1 普通 ・ 2 当座
口座名義(カナ)		口座番号	

注 この申請書には、「領収書」を添付してください。

保険者番号									
記号番号									
個人コード									
取得日	年 月 日								
変更月	年 月								受付
喪失日	年 月 日								
区分	県費				市費				