

※ 太枠内のみご記入ください。

様式第 9 号 【 3 歳以上中学生 ・ 高校生以上 65 歳未満 ・ 65 歳以上 ・ 精神 】 県・市

重度障害者医療費支給申請書									
次のとおり（一部負担金・療養費）を支払いましたので、重度障害者医療費の支給を申請します。 なお、支給金額の審査について、必要な公簿確認をすることに同意します。									
宗 像 市 長 あ て					令和 年 月 日				
申 請 者（本人または保護者）									
住 所 宗像市									
氏 名									
電話番号（ — — ）									
医療証の 受給者番号						健康保険の 記号・番号	宗像市国保 ・ 医保 ・ 後期		
							記号	番号	
受給者氏名 生年月日						健康保険 加入者氏名 （被保険者・組合員・ 国保世帯主等）			
	（昭・平・令 年 月 日 ）					生年月日	（昭・平 年 月 日 ）		
申 請 理 由	☐ 県外の医療機関等での受診 ☐ 他優先公費との差額 ☐ 療養費の支給（国保・医保・後期） ☐ 補装具（国保・医保・後期） ☐ 医療証の未提示・交付前受診 ☐ その他（ ）								
診療種別	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪看 ・ その他（療養費 / 補装具 / あんま・マッサージ / はり・きゅう）								
診療年月、日数	令和 年 月 （ 日間）				入院外来	入院 ・ 外来			
医 療 機 関	所在地	領収書・治療用装具制作指示装着証明書・療養費支給申請書のとおり							
	名称	病院・医院・眼科・整形外科・クリニック・調剤薬局							
医療費総額	円				他公費	円			
負担割合	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割				高額療養費	円			
一部負担金	円				自己負担限度額	0 ・ 5 0 0 円			
支払金額	円				調整額	円			
支給金額					円				
振込先口座	銀行名	支店名			口座番号（右詰で記入）			種別	
	銀 行	本 店						普通・当座	
	信用金庫	支 店							
	信用組合	出張所			名義（※カタカナで通帳どおり記入）				
	農 協	営業部							
	漁 協								
添 付 書 類	☐ 明細がわかる領収書（補装具は「医証」「見積書」「請求書」も必要） ☐ 療養費支給証明書または支給決定通知（高額療養費・付加給付、医保療養費） ☐ その他（ ）								
国保税充当 ・ 備 考	重度障害者医療費支給額を、以下の未納分の税に充当することを承諾します。						保 変	なし 受付	
	☐ 国保税の未納分、または収納課指定分から納付						受 付		
	☐ その他（ ） 国保世帯主氏名 印						入 力		
	☐ 第三者行為により発生した医療費ではありません。 ☐ 領収書の返却を希望します。（支給決定通知送付時に同封）						チ ェ ッ ク		