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**		健康保険証等の**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**	（　　年　月　日）	**健康保険証加入者氏名**（被保険者・組合員・国保世帯主等）、**生年月日**	（　　年　月　日）

申請理由	□　県外の医療機関等での受診 □　療養費の支給（国保・医保・後期） □　医療証の未提示・交付前受診		□　他優先公費との差額 □　補装具（国保・医保・後期） □　その他（　　）
診療種別	医科　・　歯科　・　調剤　・　訪問看護　・　その他（療養費 / 補装具）・その他（柔整）・特定疾病		
診療年月､日数	平･令　　年　　月（　　日間）	入院外来	入院　・　外来
医療機関	所在地		
	名称		
医療費総額	円	他公費	円
負担割合	１割　・　２割　・　３割　・　他	高額療養費	円
一部負担金	円	自己負担限度額	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 信用金庫 信用組合 農　協 漁　協	本　店 支　店 出張所 営業部		**普通・当座**
			名義（※カタカナで通帳どおり記入）	

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。 □国保税の未納分、または収納課指定分から納付 □その他（　　）　**国保世帯主氏名**　　**印**	保変	なし 受付
		受付	
		入力	
	□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	

※　太枠内のみご記入ください。