第５号様式（第１１条関係）

記　載　例

重度心身障がい者医療費支給申請書

令和○○年○○月○○日

（宛先）江別市長

申請者及び振込先口座の名義人は原則受給者本人のお名前を記入してください。

申請者　住　　所　江別市高砂町６番地
氏　　名　重度　太郎
個人番号　0000 1111 2222
電話番号　011-123-4567

重度心身障害者医療費助成条例第７条第２項の規定による医療費の支給を申請します。

受給者	受給者証番号	30000000	医療保険記号・番号	江別市国保 江別　9876543
	住所	江別市高砂町6番地		
	氏名	重度　太郎	生年月日	平成○年○月○日
	個人番号	0000 1111 2222		
口座振込先	金融機関名	江　別　（銀行）・信金・信組・農協　高　砂　店		
	口座種類	（普通）・当座	口座番号	△△△△××××
	フリガナ	ジュウド　タロウ		
	口座名義人	重度　太郎		

内訳

年	月	医療機関名	診療科	区分	年齢	課・初	枚数	受給者支払額	初診	一部負担金	支給決定額
							枚	円		円	円
合計											

記　入　不　要

（備考）	（受付印）	（検　印）