

心身障害者医療費助成支給申請書

医療証番号			受給者氏名					
			生年月日	1明治 2大正 3昭和 4平成			年齢	
				年 月 日		歳		
保険の種類	1 協会 2 組合 3 日雇 4 船員 5 共済 6 国保 7 後期高齢	保 険 者	(名称)					
			番 号					
被保険者 記号番号			被保険者 氏 名					
心身障害者医療費助成の申請をします。 なお、医療費の受領については以下の口座を指定します。								
振 込 先 金 融 機 関				支 店	口座 名 義	フリガナ		
銀行 信用金庫 信用組合 協同組合								
金融機関番号		支店番号		1 普通	口座番号			
				2 当座				
年 月 日 杉並区長 あて								
郵便番号			電話番号 ()					
住 所								
氏 名			印					

印
(捨印)

- (注) 1 申請・訂正には必ず朱肉を用いる印の使用をお願いします。
 2 保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。
 なお、医療保険での付加給付がある人は必ず申し出てください。
 3 受給者本人の口座以外には振り込みできませんので注意してください。
 4 健康保険の保険者番号、振込先口座番号は右詰で記入してください。
 5 窓口で申請する場合、マル障受給者証又はマル身医療証、健康保険証、金融機関情報が確認できるものをお持ちください。また、郵送で申請する場合は、コピーを添付してください。

区処理欄 ※記入しないでください。

基準額	一部負担額	公費助成額	支給決定額

課・非
課・非
課・非

資格期間 開始： _____ ~ 喪失： _____ 喪失事由 _____
 受付 _____ 点検 _____ 台帳 _____

件数 _____
 入力 _____