

心身障害者医療費助成申請書

右詰め+足りない分は0で埋めてください  
例：杉並国保なら「00138156」

医療証番号	****			受給者氏名	杉並 花子						
				生年月日	1明治 2大正 3昭和 4平成	年齢					
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)	杉並区							
				番号	0	0	1	3	8	1	5
被保険者記号番号	15-**-***			被保険者氏名	杉並 花子						
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					フリガナ	スギナミ ハナコ					
杉並 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合					口座名義	杉並 花子					
金融機関番号			支店番号	1 普通	口座番号						
				2 当座	1	2	3	4	5	6	7
年 月 日 杉並区長 あて				<p><b>口座情報の訂正は必ず訂正印が必要です</b> 金融機関番号、支店番号、普通/当座の別も忘れずに</p>							
郵便番号				<p>必ず住民登録上の住所を書いてください (住民登録していない施設の住所は×)</p>							
住所				<p>成年後見人の時は 「(受給者名)成年後見人 ○○ ○○」</p>							
氏名				<p>⑩ (捨印)</p>							

- (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 \_\_\_\_\_ 件数 \_\_\_\_\_  
 受付 \_\_\_\_\_ 点検 \_\_\_\_\_ 台帳 \_\_\_\_\_ 入力 \_\_\_\_\_