

障害者医療費（精神通院）支給申請書

見本

※太枠内をご記入ください。

令和 年 月 日

住所	北名古屋市
申請者氏名	
電話番号	() -

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

受給者	受給者番号		加入医療保険	記号番号	この欄は記入不要です。 健康保険証（写）を同封してください。
	フリガナ			被保険者氏名	
	氏名			保険者名 ・番号	
	生年月日	年 月 日 男・女		附加給付	
	住所				
区分	入院・入院外	療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
医療機関等	所在地 名称				
医療費総額	該当するものをご記入ください 【記入例】				円
申請額	・県外受診のため ・受給者証交付前受診				円
申請理由					
振込先 金融機関	(金融機関名)	口座番号	普通 当座		
	(支店・営業所名)	フリガナ			
	同封する領収書の枚数を ご記入ください。	口座名義人			

処理欄	受付	

領収書枚数	枚
-------	---

障害者医療費（精神通院）支給申請書

令和 年 月 日

(あて先)北名古屋市長

住 所 北名古屋市
申 請 者 氏 名
電話番号 () -

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

受給者	受給者番号				加入医療保険	記号番号							
	フリガナ					被保険者氏名							
	氏名					保険者名号 ・番号							
	生年月日	年	月	日		男・女							
	住所					附加給付	有 ・ 無						
区分	入院 ・ 入院外			療養期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間
医療機関等	所在地 名称												
医療費総額												円	
申請額												円	
申請理由													
振込先 金融機関	(金融機関名)					口座番号	普通 当座						
	(支店・営業所名)					フリガナ							
						口座名義人							

処理欄	受付	

領収書枚数 枚