様式第12号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ |  |  | |  | | 主務 | | 受付 | 年　　月　　日 | |
| 決議 |
|  |  | |  | |  | | 決定 | 年　　月　　日 | |
| 支給 | 年　　月　　日 | |
| 重度心身障害者等医療費助成事業  高額医療費相当額助成申請書  年　　月　　日  舟橋村長　　　　　殿  住所  申請者  氏名  　　年　　月分について  　下記のとおり支払いましたので、関係書類を添えて重度心身障害者等医療費助成事業高額医療費相当額の助成を申請します。 | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | |  | | | | | | | |
| 受給者 | 住所 | |  | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 医療機関名 | | |  | | | | | | | |
| 傷病名 | | |  | | | | | | | |
| 入院の期間 | | | 年　月　日から　　　　年　月　日まで　　日間 | | | | | | | |
| 医療機関に支払った金 | | | | | | | 円 | | | |
| 合算対象となる方の氏名 | | | | |  | | | | |  |
| 受給者番号 | | | | |  | | | | |  |

（注）１　※欄は市町村で記入します。

２　裏面も忘れずにご記入下さい。

３　この用紙には所得の状況のわかる書類を添付して下さい。

４　合算対象となる方は、別にこの申請を行って下さい。

重度心身障害者等医療費助成事業高額医療費相当額助成

申請書（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | （委任状）  私は、　　　　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任する。  　　年　　月　　日請求した高額医療費相当額の受領に関すること。  申請者の住所、氏名  代理人の住所、氏名 | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振替依頼欄 | 銀行  信用金庫  信用組合 | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種目 | 口座番号 |  |
| １　普通預金  ２　当座預金  ３　その他 |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | | | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | | | | | | |