

# 記載例

函館市 重度心身障害者 医療費助成金交付申請書

函館市長様

令和〇〇年〇月〇日

住所 函館市 東雲 町 丁目 4番 13号 (番地)

申請者氏名 函館 太郎

受給者との続柄※

電話 0138-21-3187

次のとおり 重度心身障害者 医療費助成金の交付を受けたいので申請します。

受給者	受給者証の 受給者番号	1234567	生年月日	大正 昭和 平成 令和	12	年	3	月	4	日
	氏名	函館 太郎								
申請額		記載不要							円	
支払区分		2 口座 振替 払	金融機関名	北洋		銀行		店番( )		
1 現金 払	1 本庁		5 戸井	口座番号	普通当座	1234567		金庫 組合		
	2 亀田		6 恵山	フリガナ	ハコダテセジュツイン ダイヒョウ シノメ トモエ					
	3 湯川		7 榎法華	口座名義人 (申請者)	函館施術院 代表 東雲 ともえ					
	4 銭亀沢	8 南茅部								

※続柄は受給者本人の場合は記載不要です。受給者が未成年等により保護者等が申請するときは続柄をご記載ください。

医療費 助成 金 決 定 調 書	資格取得年月日	S・H・R	年	月	日	後期高齢被保番(老健)		
	自己負担区分						(低I・低II・長)・3割	
	道市区						・市	
	負担区						・初診	
	診療年月						年 月	
	診療区						・歯・調・訪 り灸・マ・育	
	自己負担							
	一部負担							
	保険給付							
	助成金決定額						円	
算定基礎								
助成金 合計額						円	受付印	受付者