

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 年 月 日

住所 函館市 町 丁目 (番地) 番 号

申請者氏名 受給者との続柄 (本人・父・母)

電話

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	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名					
申請額		円				

支払区分		2 口座振替払	金融機関名	銀行 店番() 金庫 組合 支店
1 現金払	1 本庁 5 戸井 2 亀田 6 恵山 3 湯川 7 榎法華 4 銭亀沢 8 南茅部		口座番号	普通・当座
			フリガナ	
			口座名義人 (申請者)	

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					後期高齢負担割合等	1割(低I・低II・長)・3割
	道市区分	道	・	市	道	・	市
	負担区分	1割	・	初診	1割	・	初診
	診療年月日	H・R	年	月	H・R	年	月
	診療区分	入・外・歯・調・訪 装・はり灸・マ・育	入・外・歯・調・訪 装・はり灸・マ・育	入・外・歯・調・訪 装・はり灸・マ・育	入・外・歯・調・訪 装・はり灸・マ・育	入・外・歯・調・訪 装・はり灸・マ・育	入・外・歯・調・訪 装・はり灸・マ・育
	自己負担額						
	一部負担金						
	保険給付額						
	助成金決定額	円		円		円	
	算定基礎						
	助成金 合計額	円				受付印	受付者