

領収書添付枚数 _____ 枚

申請区分 身障 _____ 級・療育 _____ ・精神 <u>1</u> 級・ねたきり	65歳 以上 ・ 未満
---	----------------

障害者医療費助成金支給申請書

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(宛先) 金 沢 市 長

(〒 _____)

申請者 住 所 金沢市

氏 名

電話番号 (_____)

医療費助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者	受給番号	_____	加入健康保険	保険番号	_____
	ふりがな氏名	_____		記号	_____
	生年月日	T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日 H・R _____		番号	_____
	個人番号	_____		被保険者氏名	_____

上記に関する医療費助成金を次の口座に振り込んでください。

振込口座 (本人名義) ※	<input type="checkbox"/>	前回登録した口座と同じ				
	<input type="checkbox"/>	公金受取口座を利用します				
	<input type="checkbox"/>	新規登録・変更				
	金融機関名	_____	支店名	_____	普通・当座	
	口座名義人 (カナ)	_____	口座番号	_____	_____	

※該当する□の中にレ印を付けてください。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(宛先) 金沢市長

医療費助成の確認に必要な税関係情報の記録を市長が調査することに同意します。

加入健康保険の 被 保 険 者	住 所	_____	個人番号	_____
	氏 名	_____ (署名又は記名押印)	生年月日	T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日 H・R _____

備考 ・医療費領収書（原本）を添付してください。
・医療費助成後に、ご加入の健康保険制度から高額療養費又は高額介護合算療養費等の支給を受けた場合には、当該支給額を限度として、医療費助成済み額の全額又は一部を返還していただきますので、ご了承ください。

以下は記入しないでください。

受付場所	1 森本	2 金石	3 犀川	4 安原	番号	個人	通知	住民	端末
	5 額	6 押野	7 浅川	8 新神田		代理	法定	本人	委任
	9 泉野	10 元町	11 駅西	12 泉野 HC	本人 確認	個人	免許	手帳	在留 旅券
	13 元町 HC	14 駅西 HC	15 本庁	16 湊		保険	介護	年金	その他
	17 本町	18 近江町							