

領収書添付枚数\_\_\_\_\_枚

申請区分 身障____級・療育____・精神____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	受給者番号							加入健康保険	保険者番号									
	ふりがな 氏名							記号										
	生年月日	T・S H・R	年	月	日							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 H・R	年	月	日							

備考 ①医療費領収書(原本)を添付してください。

②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									