

領収書添付枚数

申請区分

身障 級・療育 ・精神 1 級・ねたきり

65歳

以上・未満

いずれかに記入
してください。

障礙者医療費助成金支給申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市長

申請者 住所 金沢市 広坂1丁目1番1号

氏名 金沢 太郎

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。

上記に関する医療費助成金を次の図

※対象者の加入健康保険の確認書類がない、マイナポータルで確認できない場合に個人番号を記入（金沢市が個人番号を利用して確認を行います）

あわせて①、②を記入。①が不明の場合は勤務先名を記入。

※振込口座で公金受取口座を利用する場合も個人番号を記入。

振込口座 (本人名義) ※	<input type="checkbox"/> 前回登録した口座と あわせて①、②を記入。①が不明の場合は勤務先名を記入。								
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用								
	<input checked="" type="checkbox"/> 新規登録・変更								
金融機関名	○○銀行	支店名	○○支店	普通	当座				
口座名義人 (カナ)	カナザワ タロウ	口座番号	○	○	○	○	○	○	○

※該当する□の中にレ印を付けてください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(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。

備考 医療費領収書 (百枚) を添付して下さい

- ・医療費
当該支
高額療養費に該当する場合に個人番号を記入
・一月あたり

・一医療機関ごと（医師が処方した保険調剤薬局分も含む）

・70歳未満

(食事代や差額ベッド代は含まない)

の支給を受けた場合には、
すので、ご了承ください。