

領収書添付枚数\_\_\_\_\_枚

領収書の枚数をご記入ください。

障害者医療費助成金支給申請書

いずれかに記入してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金 沢 市 長

(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 )

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 ( 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 )

医療費受給者証の受給者番号をご記入ください。

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	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	加入健康保険	保険者番号	① 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	ふりがな氏名	かなざわ たろう 金 沢 太 郎		記号	〇 〇 〇
	生年月日	T・S H・R 〇〇年 〇〇月 〇〇日		番号	〇 〇 〇 〇
	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		被保険者氏名	金 沢 太 郎 ②

振込口座 (本人名義) ※	<input type="checkbox"/> 前回登録した口座と	※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。			
	<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				〇 〇 銀 行
	口座名義人(カナ)	カナザワ タロウ	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	

※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。

加入健康保険の被保険者	住 所	金沢市広坂1丁目1番1号	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	氏 名	金 沢 太 郎 (署名又は記名押印)	日	T・S H・R 〇〇年 〇〇月 〇〇日

備考 ・医療費領収書（百本）を添付してください。

・医療費高額療養費に該当する場合に個人番号を記入

当該支・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歳未満の方は21,000円以上、70歳以上の方は8,000円以上の支払い

（食事代や差額ベッド代は含まない）

金沢市国保の方は「高額療養費の支給に関する委任状」をあわせてご記入ください。

の支給を受けた場合には、  
すので、ご了承ください。

以下は記入した

受付場所	1 森本	5 額	9 泉野	10 元町	11 駅西	12 泉野 HC	本人確認	住民	端末	
	13 元町 HC	14 駅西 HC	15 本庁	16 湊	個人	免許		手帳	在留	旅券
	17 本町	18 近江町	保険	介護	年金	その他				
	本人	確認	本人	委任						