

# 老人福祉医療 支給申請書兼請求書

(あて先) 大山崎町長 様

本人確認

免・証・パ・住・マイ・他( )

太枠内を記入してください

|   |   |             |          |                                    |                |     |     |
|---|---|-------------|----------|------------------------------------|----------------|-----|-----|
| 申請・請求<br>年 月 日  | 令和 年 月 日  | 診療月         | 平成<br>令和 | 年                                  | 月              | 診療分 |     |
| 下記のとおり老人福祉医療費の支給を申請します。なお、支給決定のうちは支給決定額を下記口座に振込みを依頼します。また、口座名義人が請求者と異なる場合は、受領に関する権限を、下記口座名義人に委任します。 |   |             |          |                                    |                |     |     |
| 住所  | 〒 -   |             |          |                                    |                |     |     |
| 電話番号  | - -   |             | 町記入欄 .   |                                    |                |     |     |
| 受給者   | フリガナ  |             |          | 受給者証番号                             |                |     |     |
|   | 氏名  |             |          | 健康保険の種類<br>国保・国組・国退・協会<br>健組・船員・共済 |                |     |     |
|   | 生年月日<br>昭和 年 月 日  |             |          | 被保険者証記号番号                          |                |     |     |
| 受給者   | フリガナ  |             |          | 受給者証番号                             |                |     |     |
|   | 氏名  |             |          | 健康保険の種類<br>国保・国組・国退・協会<br>健組・船員・共済 |                |     |     |
|   | 生年月日<br>昭和 年 月 日  |             |          | 被保険者証記号番号                          |                |     |     |
| 傷病の<br>原因   | <input type="checkbox"/> 第三者の行為（交通事故等）によるものではありません。<br><input checked="" type="checkbox"/> ※傷病の原因が交通事故など第三者行為による場合は、別途申請が必要です。  |             |          |                                    |                |     |     |
| 支給決定<br>額の返還  | <input type="checkbox"/> 世帯構成・負担区分に変更があり、支給要件に該当しなくなった事が後日判明した場合、<br>支給決定額を返還します。   |             |          |                                    |                |     |     |
| 金融機関  | 銀行<br>農協<br>信用金庫  | 金融機関<br>コード |          | 預金<br>種別                           | 普通<br>当座<br>貯蓄 |     |     |
| 支店  | 支店<br>出張所   | 支店コード       |          |                                    |                |     |     |
| 口座番号  |   |             | 口座名義人    | カタカナ                               |                |     |     |
| 添付書類  | <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書<br>領収書の返却を希望 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する<br><input type="checkbox"/> 来庁（当月分の支給決定通知書を発送後に返却）<br><input type="checkbox"/> 返信用封筒（切手を貼ったものを用意） |             |          |                                    |                |     |     |
| 入力<br>①   | 入力<br>②   | 点検          | 基幹<br>入力 | 摘 要                                |                |     | 受 付 |
|   |   |             |          |                                    |                |     |     |