

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 年 月 日	令和 年 月 日	診療月	平成 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 国保・国組・国退・協会 健組・船員・共済			
	生年月日 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 国保・国組・国退・協会 健組・船員・共済			
	生年月日 昭和 年 月 日			被保険者証記号番号			
傷病の 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。 <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 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、 支給決定額を返還します。						
金融機関	銀行 農協 信用金庫	金融機関 コード		預金 種別	普通 当座 貯蓄		
支店	支店 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 領収書の返却を希望 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 来庁（当月分の支給決定通知書を発送後に返却） <input type="checkbox"/> 返信用封筒（切手を貼ったものを用意）						
入力 ①	入力 ②	点検	基幹 入力	摘 要			受 付