

乳幼児等医療・ひとり親家庭医療・重度障害者医療・老人医療（経過措置） 医療費助成申請書 兼 口座振込依頼書		受 付 印
豊能町長 様 年 月 日		
下記のとおり、医療費の助成を申請します。 なお、支給の際は、下記金融機関口座へ振り込みを依頼します。		
申請者	氏 名	Ⓜ
	住 所	豊能町 電話 ()
		領収書枚数 枚

受給者	フリガナ		生年月日	年 月 日						
	氏 名									
	住 所	豊能町								
助成制度種別	乳幼児等・ひとり親・重度障害者・老人	公費負担者番号	2 7 0 5 2		受給者番号					
健康保険証	記 号 番 号				保 険 者 番 号					
後期高齢者医療被保険者証	被 保 険 者 番 号				保 険 者 番 号					

添付する領収書等の保険診療点数等について医療機関に、附加給付等について加入している健康保険の保険者に照会することに同意します。

被保険者住所： _____

氏名： _____ Ⓜ

電話番号： _____

振 込 先	金 融 機 関 名		預金種別	口座番号				
		本店 支店	普通 ()	フリガナ 口座名義				

委任状（申請者以外の振込口座を指定する場合は記入してください。）

私は、口座名義人を代理人と定め、この医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

申請者氏名： _____ Ⓜ

町記入欄：

--

乳幼児等医療・ひとり親家庭医療・重度障害者医療・老人医療（経過措置）

医療機関領収欄（ 年 月診療分）

（一部自己負担額が3,000円を超えた日以降の点数・領収額は、まとめてご記入ください。）

入外別	入院 ・ 外来	診療区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 補装具 ・ 柔整 ・ 鍼灸 ・ 訪問看護	
保険診療点数			医療機関領収額	
1 日 目	点		1 日 目	円
2 日 目	点		2 日 目	円
3 日 目	点		3 日 目	円
4 日 目	点		4 日 目	円
5 日 目	点		5 日 目	円
6 日 目	点		6 日 目	円
7 日 目	点		7 日 目	円
8 日 目	点		8 日 目	円
9 日 目	点		9 日 目	円
10 日 目	点		10 日 目	円
11 日 目	点		11 日 目	円
12 日 目	点		12 日 目	円
13 日 目	点		13 日 目	円
14 日 目	点		14 日 目	円
15 日 目	点		15 日 目	円
16 日 目	点		16 日 目	円
17 日 目	点		17 日 目	円
18 日 目	点		18 日 目	円
19 日 目	点		19 日 目	円
20 日 目	点		20 日 目	円
21 日 目	点		21 日 目	円
22 日 目	点		22 日 目	円
23 日 目	点		23 日 目	円
24 日 目	点		24 日 目	円
25 日 目	点		25 日 目	円
26 日 目	点		26 日 目	円
27 日 目	点		27 日 目	円
28 日 目	点		28 日 目	円
29 日 目	点		29 日 目	円
30 日 目	点		30 日 目	円
31 日 目	点		31 日 目	円
合 計	点		合 計	円

診療実日数 日
 （入院期間）
 日 ~ 日

年 月 日

医療機関

住 所

名 称

電 話

()

