

重度心身障害者医療費助成申請書

申請者記入欄		※太線の枠内のみ記入して下さい	
大田原市長様		記入例	
		① 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
受給資格者 (申請者)		住所	② 大田原市 本町1-4-1
		氏名	③ 大田原 太郎
		電話	④ 23-1111
受給資格者証番号	⑤ 1234567	加入保険	被保険者氏名
受診者	氏名 ⑥ 大田原 太郎	加入保険	保険証記号番号
	生年月日 ⑦ 〇〇年〇〇月〇〇日	加入保険	番号
		加入保険	名称
振込先		金融機関名	銀行・信金 本店
	(フリガナ)	信組 支店	口座番号
	口座名義		預金種別 当座
一部負担21,000円以上支払った家族の有無		有・無	

指 定 口 座

医療機関記入欄		※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい	
		保険診療証明書	
保険種類		有無 有・無	
診療年月		考	
年			
☆☆ この欄の注意事項 ☆☆			
*保険点数のある領収証を添付していただければ記入不要です			
*保険点数のない領収証などの場合は医療機関(病院・薬局)に記入押印を依頼してください			

〔1〕 記入上の注意

- ① 申請書記入の際は、記入漏れがないよう注意してください。
- ② 受診した病院・薬局ごとに申請書を1枚作成し、領収証を添えて提出してください。
領収証は原則返却しません。原本をお手元に保管したい場合は、ご自分であらかじめ領収書をコピーし、原本と写しの両方をお持ちください。
- ③ 受診した当月分の申請はお預かりできません。翌月以降1年以内に申請ください。
【例】 令和3年4月受診分は、令和3年5月1日～令和4年4月30日までに窓口へ。
- ④ やむを得ない場合を除き、申請書は事前に記入してお持ちくださるようご協力をお願いします。

〔2〕 郵送申請の注意

- ① 郵送で申請される場合、添付する領収証は必ず原本としてください。
- ② 到着日が申請(受付)日となります。ただし、土日祝祭日に到着した場合は翌日申請扱いとなります。
- ③ 申請に誤りや不足などがあった場合は、直接窓口にお越しいただく場合があります。

郵送のあて先 ⇒ 〒324-8641 大田原市本町1-4-1
大田原市役所 福祉課 障害福祉係 行
TEL 0287 - 23 - 8921