

重度心身障害老人等健康管理事業給付金支給申請書

支給対象者の 氏名・生年月日							男・女	
	明治・大正・昭和						年	月
後期高齢者医療 被保険者番号								
入院・入院外の別 及び医療を受けた期間	入院外	年 月 日から						
	入院	年 月 日まで (日間)						
	その他							
給付を受けることが出 来なかった理由	<input type="checkbox"/> 対象者証を提示できなかった <input type="checkbox"/> 京都府外で診療を受けた <input type="checkbox"/> 医師の指示により、治療用装具を購入した (保険給付分は加入している医療保険に請求してください) <input type="checkbox"/> その他()							
備 考								

上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。
本申請に基づく決定金額は、下記口座へ振込みをお願いします。

銀行 農協 信用金庫	支店	預金種別	普通・当座
	本店 支所	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

年 月 日

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

京丹波町長 様