

重度心身障害老人健康管理事業給付金支給申請書

年 月 日

綾部市長様

申請者 住所 綾部市

氏名 \_\_\_\_\_  
(電話 \_\_\_\_\_)

申請額	金	円
-----	---	---

上記のとおり、年 月分重度心身障害老人健康管理事業給付金の支給を申請します。

対象者氏名 生年月日	年 月 日	診療 年月	年 月
健康管理指導 機関名		診療 内容	入院・外来・歯科・調剤 装具・その他( )
後期高齢者医療 被保険者番号		受診 日数	日

支給決定額は、次の金融機関へ振り込んでください。

振込先	銀行	本店	普通・当座 No.	フリガ 名義
	信用金庫			
	農協			

上記の給付金の受領を \_\_\_\_\_ に委任します。

年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

決 裁			起 案	支給決定年月日
			年 月 日	
			起案者	

積 算	総医療費	自己負担額	高額療養費	支給決定額
	( 点) 円	① 円	② 円	① - ② 円