

(子ども・重度心身障がい者・ひとり親家庭等)医療費助成金支給申請書

(あて先) 札幌市 区長

領収書(原本)の返却を ☐希望する ☐希望しない

※ 申請者は、重度医療受給者(後期高齢者医療制度等に該当の方のみ)は本人、子ども医療受給者は保護者、それ以外については、国保の世帯主又は組合員、社会保険等の被保険者又は組合員になります。
医療費助成金の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。当該医療費の助成に当たり、私及び私の家族の医療費領収証等の内容について調査されることに同意します。

住所
申請者 氏名
(電話)

受給資格者	受給者番号									保険者番号								
	住 所									保険者の名称								
	氏 名									被保険者証等の記号・番号								
	生年月日									後期高齢医療被保険者番号								
	資格取得日					証交付日					資格喪失日							
支給方法	1. 口座振込 2. その他 ()	振込先	金融機関名					銀行 信金 信組	本店 支店 (店番号) 出張所				※原則として、申請者の口座とする。					
			口 座 番 号	普通預金 ・ 当座預金 ・ 貯蓄預金				フリガナ										
							口座名義人氏 名											
			口座名義人住所															
申請の理由				1. 受給者証交付前 4. 補装具 7. 医療保険証の未提示				2. 受給者証の未提示 5. 施術 8. その他()				3. 道外診療 6. 月の限度額超過						
診 療 内 容																		
診療、薬剤の支給、又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地、並びに診療又は調剤に従事した医師、歯科医師、又は薬剤師の氏名				所在地														
				名 称														
				氏 名														
傷 病 名						入院 外来 の別	入院 ・ 外来	療養 期 間	自	年	月	日	診療を受けた日数					
発病負傷年月日		年 月 日							至	年	月	日	日間					
発病の原因		傷病の経過				治ゆ 死亡 転医 中止 繰越 軽快				診療等の内容								
調 整	審 査 決 定 額																	
	受給者負担額	総医療費	公費負担額	保険者負担額	高額療養費	付加給付金	初診 回数	一部負担金	支給決定金額									

※ 2件以上あった場合については、診療内容内訳書を添付する。

申請内容を審査の結果、適正と認められたので支給してよろしいか。

※ 決裁年月日
(支給決定年月日)
令和 年 月 日

決 裁	課 長	係 長	係

受付年月日	
支給年月日	
台帳処理年月日	

課非区分 所得区分