

障害者医療費支給申請書

(宛先) 京 都 市 長		年	月	日
申請者（窓口に来られた方）の住所		申請者（窓口に来られた方）の氏名		
(電話)	-	(携帯)	-	-
				受給者との続柄 ()

京都市重度心身障害者医療費支給条例第5条の規定による医療費の支給を申請します。

受給者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			電話	-				
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			受給者番号					
加入医療保険	証記号・番号				保険者番号					
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり									
付加給付等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容) <small>※ 国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。</small>									
申請理由	<input type="checkbox"/> 障害者医療費支給制度を取り扱わない医療機関等を受診した。(府外受診等) <input type="checkbox"/> 受給者証を医療機関等の窓口で提示できず、医療費を支払った。 <input type="checkbox"/> 健康保険で療養費の支給を受けた。 <input type="checkbox"/> その他 ()									
受診先 (医療機関等)	名称				所在地					
	診療区分	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他 ()			入院・外来の別	<input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 外来		
	受診期間	年 月 日から			年 月 日まで (箇月)		受診日数	日		
	<input type="checkbox"/> 別添の領収書等の記載のとおり									
申請額	円									
添付書類	<input type="checkbox"/> 受領証・領収書 (枚) <input type="checkbox"/> 療養費支給証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	<input type="checkbox"/> 確定申告(医療費控除)等に領収書が必要となるため返却を希望します。									

次の口座への振込による受領を希望します。

受領方法	振込先金融機関	金融機関名			金融機関コード			支店名		支店コード	
		銀行 金庫 農協						支店			
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄			口座名義人 (カタカナ)						
	口座番号 (右詰)										

私(委任者)は受任者に上記の医療費に係る(□申請書の提出, □医療費の受領)を委任し、代理権を授与します。

委任状	受任者	住所	電話			-		受給者との続柄			
		氏名	Ⓜ			生年月日	年 月 日				
	委任者	住所									
		氏名	Ⓜ			委任日	年 月 日				

注1 必要事項及び該当する□にレ印を記入してください。

2 「申請額」欄について、医療保険の対象外となる治療や医療機関等窓口での10円未満の四捨五入、社会保険各法の規定による高額療養費の支給等により、支給額がお支払いされた金額よりも少なくなることがあります。

本市使用欄	<input type="checkbox"/> 支給	査定額	円	支給額	円						
	<input type="checkbox"/> 却下	理由			課長	係長	係員	通知日	年 月 日		
	上記のとおり決定する。				年 月 日			支給日	年 月 日		