

障害者医療費支給申請書の記入例

要綱第4号様式（規則第10条関係）

障害者医療費支給申請書

(宛先) 京都市長	27年10月1日
申請者(窓口に来られた方)の住所 京都市中京区寺町御池上る上本能寺前町488番地 (電話) 213 - x x x x (携帯) 090 - 1234 - x x	申請者(窓口に来られた方)の氏名 京都 太郎 受給者との続柄(本人)

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ						電話	-					
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ						受給者番号	9	0	1	2	3	4
加入医療保険	証記号・番号							保険者番号						
	<input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり													
付加給付等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容)													
申請理由	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 別添の領収書等の記載のとおり														
申請額	円													
<input checked="" type="checkbox"/> 別添の領収書等の領収金額(健康保険適用分)														
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 受領証・領収書(2 枚) <input type="checkbox"/> 療養費支給証明書 <input checked="" type="checkbox"/> その他(療養費支給申請書, 同意書)													
<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。														

受領方法	次の口座への振込による受領を希望します。														
	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		
		〇〇〇〇	銀行 金庫 農協	1	2	3	4	〇〇〇〇	支店	5	6	7			
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄													
口座番号(右詰)	9	8	7	6	5	4	3	口座名義人(カタカナ)	キョウト タロウ						

委任状	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。													
	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。

注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

- 各区役所、支所(福祉介護課)の窓口で申請書類を提出する方の氏名等を記入してください。
- 受給者が入所している施設の方が受給者及び保護者からの委任を受けて申請する場合は、「住所」に施設の住所、「氏名」に施設の名称及び申請書の提出に係る委任を受けた受任者の氏名を記入してください。
- 施術師の方が受給者からの委任を受けて申請する場合は、「住所」に施術院の住所、「氏名」に施術院の名称及び申請書の提出に係る委任を受けた受任者の氏名(施術師の方の氏名等)を記入してください。

- 今回、申請する障害者医療費に係る医療を受診した障害者医療受給者の氏名等を記入してください。
- 加入医療保険の保険者番号等は、受給者の健康保険証等に記載されている内容を記入してください。

- 「付加給付等」欄については、医療保険の規定による付加給付や、他の公費による医療費の負担(下記参照)がされる場合は、「有」にチェックし、内容を記入してください。

- (1) 国又は地方公共団体の負担による医療の給付
自立支援医療(更正医療, 育成医療, 精神通院医療の種類がある), 小児慢性特定疾病医療費制度, 児童福祉施設等への措置入所等に係る医療給付, 難病医療費助成制度, 児童生徒医療費助成制度

- (2) 独立行政法人の負担による医療の給付
スポーツ災害共済給付, 医薬品副作用被害救済制度, 生物由来製品感染等被害救済制度
アスベスト健康被害救済制度

- 「名称」は今回、申請する医療費に係る医療を受診した医療機関等の名称を記入してください。複数の医療機関等を受診した医療費の支給申請をする場合は、それぞれの医療機関ごとに申請書の記入が必要です。
- 「診療区分」及び「入院・外来の別」は該当する項目にチェックしてください。
- 「受診期間」及び「受診日数」は、今回、申請する医療費に係る医療を受診した期間等を記入してください。
- 「名称」等の記載省略する場合、「別添の領収書等の記載のとおり」にチェックをしてください。

- 今回、申請する障害者医療費の金額を記入してください。
- ※ 医療保険の対象とならない治療や医療機関等窓口での10円未満の四捨五入等により、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。

- 提出する添付書類にチェックし、受領証又は領収書の場合は合計枚数も記入してください。
- 領収書等の原本の返却を希望される場合は、「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。」欄にチェックしてください。原則として支給決定通知書に同封して返却します。

- 振込先金融機関の名称、支店名、各種コード、預金種目、口座番号、口座名義人を記入してください。
- 金融機関コード(4桁)が不明な場合は空白にしてください。(支店コード(3桁)は記入をお願いします。)
例: みずほ「0001」、三菱東京UFJ「0005」、三井住友「0009」、りそな「0010」、京都「0158」、ゆうちょ「9900」
※ 口座番号等の記入誤りを防ぐため、キャッシュカードや預貯金通帳等の提示をお願いします。
※ 振込口座等の記入内容に誤りがあった場合は、振込み予定日に入金できない可能性があります。

- 申請書の提出や医療費の受領は原則として、受給者本人が保護者になります。委任する場合、委任状欄への記載又は別途委任状により、代理権が授与されていることを証する書類が必要となります。
- 委任状欄又は委任状には、委任者(受給者又は保護者)及び受任者の住所・氏名・押印(スタンプ印不可)、委任内容、委任日の記載が必要です。

- ※ 医療保険(健康保険)の療養費や高額療養費等の支給を受けることができる場合は、先にその給付を受けてから福祉医療費の支給申請をしてください。福祉医療費の支給後に、医療保険(健康保険)の高額療養費等の支給を受けたときは、支給された福祉医療費の全部又は一部を返還していただく場合があります。
- ※ 申請書提出時に本人確認書類の提示を求められることがありますので、御協力をお願いします。