

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	☐ 申請者と同じ											
	氏名	☐ 申請者と同じ					電話	—					
加入 医療保険	証記号 ・番号					保険者番号							
	☐ 加入医療保険の詳細は別紙のとおり												
付加給付等	☐ 無 ☐ 有（内容 ） ※ 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。												
申請理由	☐ 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） ☐ 受給者証を医療機関等の窓口に表示できず、医療費を支払った。 ☐ 健康保険で療養費の支給を受けた。 ☐ その他（ ）												
受診先 (医療機関等)	名称					所在地							
	診療区分	☐ 医科 ☐ 歯科 ☐ 調剤 ☐ その他（ ）				入院・外来の別	☐ 入院 ☐ 外来						
	受診期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 箇月）				受診日数	日						
	☐ 別添の領収書等の記載のとおり												
申請額	円												
	☐ 別添の領収書等の領収金額（健康保険適用分）												
添付書類	☐ 受領証・領収書（ 枚） ☐ 療養費支給証明書 ☐ その他（ ）												
	☐ 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	
		銀行 金庫 農協							支店				
	預金種目	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄				口座名義人 (カタカナ)							
口座番号 (右詰)													
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 (記名押印又は署名)	Ⓜ				生年月日	年 月 日					
	委任者	住所											
氏名 (記名押印又は署名)		Ⓜ				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	☐ 支給	査定額	円	支給額	円						
	☐ 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		