

様式第2号（第9条関係）

|                             |           |              |             |
|-----------------------------|-----------|--------------|-------------|
| 重度障がい者医療費支給申請書              |           |              |             |
| 年 月 日                       |           |              |             |
| 和泉市長 あて                     |           |              |             |
| 住 所                         |           |              |             |
| 申請者                         |           |              |             |
| 氏 名                         |           |              |             |
| 受給者との続柄( )                  |           |              |             |
| (申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。) |           |              |             |
| 電 話 ( ) —                   |           |              |             |
| 下記のとおり、重度障がい者医療費の支給を申請します。  |           |              |             |
| 受給者番号                       |           | 保 険 者 名      |             |
| フリガナ                        |           | 資格確認書等       |             |
| 氏 名                         |           | の 記 号 番 号    |             |
| 生 年 月 日                     |           | 年 月 日        |             |
| 診 療 区 分                     |           | 医・歯・調・入院・その他 |             |
| 医 療 機 関                     |           | 所在地          |             |
|                             |           | 名 称          |             |
| 振<br><br><br>込<br><br><br>先 | 金融機関名     |              | 支店名         |
|                             | 銀行・信組     |              | 本店・支店       |
|                             | 農協・信金     |              | 出張所         |
|                             | 口座種別・口座番号 |              | 口座名義人(フリガナ) |
| 普通・当座・その他 ( )               |           |              |             |
| (市記入欄)                      |           |              |             |
| 診療点数                        |           | 受給者支払額       | 一部自己負担額     |
| 点                           |           | 円            | 円           |
|                             |           |              |             |
| 申 年 月 日                     |           |              |             |
| 異 年 月 日                     |           |              |             |

(注) 医療機関の領収書等を添えてください。