様式第２号（規則第３条関係）

**延岡市重度心身障害者医療費助成交付申請書**

延岡市長　宛

次のとおり、延岡市重度心身障害者医療費助成金の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （診療を受けた障がい者）  申　請　者 | 受給者  番　号 |  |  |  |  |  |  |  | 申請日 | 年　　　　月　　　日 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | | | | | | | 診療月 | 年　　　　月診療分 |
| 個人番号 |  | | | | | | | | |
| 氏　　名 | 電話番号 | | | | | | | | |
| 住　　所 | 延岡市 | | | | | | | | |

※重度心身障害者医療費助成金は、診療月の翌月から申請することができ、申請期限は、診療を受けた翌月から起算して、１年以内です。

※申請書を２枚以上提出される場合、２枚目以降の申請者欄は受給者番号、診療月及び氏名のみの記入で構いません。

※振込金融機関・加入保険など登録内容に変更があるときは、速やかに変更届を提出してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診した医療機関等で記入してもらってください。 | 障がい者の  氏　　名 |  | 医療機関受領証 | | |
| 診療月 | 年　　　　月 | 医療保険 | 種別 |  |
| 診　察 | 1 入院　　　2 外来  3 歯科　　　4 調剤 | 記号  番号 | ― |
| 診療報酬  一部負担金 | 円  金額の頭部に￥をつけて下さい | 左記の金額を受領しました。  　　　　　年　　　月　　　日  医療機関等  　　　所在地  　　　名称  　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印  　　　医療機関コード　　　－ | | |
| ※領収書がない場合、１診療報酬明細書ごとにこの証明が１枚必要です。  　　　※助成の対象となる医療費は、保険給付の対象経費のみです。 | | | | | |