

船橋市重度心身障害者医療費助成申請書

記入例

〇〇年 〇月 〇日

船橋市長 あて

住所 船橋市湊町 〇-〇-〇

申請者氏名 船橋 太郎

続柄 父

電話番号 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇

年 月分医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ	フナバシ イチロウ		生 年 月 日	年 齢
受診者氏名	船橋 一郎		明治・大正 昭和・平成 令和	〇年 〇月 〇日 〇〇歳
加入保険情報	保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険（組合健保、共済組合、協会けんぽ等） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 学校取組 <input type="checkbox"/> 年 月 日		
	保険者番号			
	被保険者			
<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 療育手帳		
<input checked="" type="checkbox"/> 1級 ・ 2級		<input type="checkbox"/> ① ・ <input type="checkbox"/> ①1 ・ <input type="checkbox"/> ②		
振込先	〇〇〇〇 銀行	〇〇〇〇 支店	フリガナ	フナバシ イチロウ
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座 ・ <input type="checkbox"/> 貯蓄	□座番号	〇〇〇〇〇〇〇	□座名義人 船橋 一郎
備 考				

ご加入の健康保険の情報をご記入ください。

お持ちの手帳にチェックのうえ該当の等級に丸を付けてください。

- ※領収書は原則、**原本**をご提出ください。
- ※診療日から**2年以内**にご提出ください。
- ※振り込みは申請日から**3~5か月後**となります。
- ※審査の結果、**助成対象とならない場合**がございます。