

船橋市重度心身障害者医療費助成申請書

年 月 日

船橋市長 あて

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

続 柄 _____

電話番号 ()

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				生 年 月 日	年 齢
受診者氏名				明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日 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 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		資格取得日	年 月 日	
	保険者番号		記号番号		
	被保険者		住所（被保険者）		
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 療育手帳		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	
1級 ・ 2級		㊤ ・ ㊤1 ・ ㊤2 ・ A1 ・ A2		1級	
振込先	銀行		支店	フリガナ	
	普通・当座・貯蓄	口座番号		口座名義人	
備 考					

- ※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。