

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
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（ ）				
<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	<input type="checkbox"/> 座番号		<input type="checkbox"/> 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。