|  |
| --- |
| **心身障害者医療費助成申請書(兼請求書)**　　　令和　　年　　　月　　　日**（宛先）内灘町長**下記のとおり、心身障害者医療費助成の支給申請をします。なお、心身障害者医療費助成支給資格確認の為、私の世帯の住民登録、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することに同意します。（申請者）住　所　**内灘町**　　　　　　　　　　 　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　電話番号 　　　　 　 |
| 申請書を提出した者(申請者以外の場合のみ記入) |
| 氏名 |  | 申請者との続柄 |  | 電話番号 |  |
| 下記のことについて、該当するものに○をつけて下さい。 |
| **身体障害者手帳** | **1級　・　２級　・　３級** |
| **療育手帳** | **Ａ　・　Ｂ** |
| **精神障害者****保健福祉手帳** | **１級** |
| **加入保険** | **国民健康保険・社会保険(本人・家族)・後期高齢者医療保険**(加入保険の変更があった場合は、申告してください) |
| **年齢** | **65歳未満・65～69歳・70～74歳・75歳以上** |

※以下の欄には記入をしないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **本人負担額** | **高額療養費又は付加給付額** | **支払決定額** |
|  |  |  |

県補助（身体障害者１・２級、療育A・BⅠ(入院のみ）、精神１級)

町単（身体障害者３級、療育BⅠ(入院以外)・BⅡ）