

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 _____ (印) _____

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)