

# 記入例

「償還払い」  
(しょうかんばらい)  
に必要な書類です

第6号様式 (第10条関係)

重度心身障がい者 (児) 医療費助成申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

住所 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1  
申請者 電話番号 047 ( 445 ) 1141  
氏名 鎌ヶ谷 太郎  
対象者との続柄 本人

年 月分の重度心身障がい者 (児) の医療費の助成について鎌ヶ谷市重度心身障がい者 (児) 医療費助成条例第8条第3項の規定により下記のとおり申請します。

記

対象者	鎌ヶ谷 太郎	生年月日	平成1年1月1日
保険種別	国保 (市) 国保 (組合) 後期高齢 ・ その他		
記号番号	鎌 123456		
付加給付	有 無		
振込口座	1 振込指定口座 2 変更有	銀行 支店	
	口座番号		
	名義人氏名		

認定番号 ××-××

認定時に送付した「決定通知書」に記載されています。ご不明な場合は、必ず氏名・生年月日をご記入ください。

振込口座に変更がある場合、ご記入ください。

提出する領収書の機関を記入して下さい。

★領収日から2年を経過すると助成の対象外となりますのでご注意ください。(申請書提出日の2年前の領収書まで有効)  
ただし新規認定の方は、決定通知書の助成の開始日以降の診療日の領収書からが対象になります。

★提出された領収書は返却されません。領収書の原本が必要な場合には、事前にコピーを取り、原本とコピー両方を窓口にご提出ください。内容の確認後、検査印を押印のうえ返却します。

鎌ヶ谷市 (障がい福祉課) 記入欄

医療費総額	自己負担額	通院	入院	支給決定額
円	0円 ・ 300円	日	日	円