

※領収書(コピー不可)をつけて申請してください。

様式第2号(第4条関係)

## 医療費助成申請書

年 月 日

(宛先)  
枚方市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

受給者との続柄 ( )

電話番号 ( ) -

FAX ( ) -

下記のとおり、医療費の助成を申請します。  
なお、支給決定金額を下記口座に振り込んでください。

受給医療	<input type="checkbox"/> 老人(一部助成) <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 障害者																	
申請理由	<input type="checkbox"/> 他府県 <input type="checkbox"/> 発行前 <input type="checkbox"/> その他( )																	
フリガナ				受給者番号														
受給者氏名				生年月日	年 月 日													
医療保険の 加入状況	記号				番号													
	被保険者 氏名				続柄													
	保険者 名称				保険者番号													
振 込 先	金融機関				店舗													
	口座番号													種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄			
	口座名義(カタカナで記入して下さい)																	
添付した領収書の内訳																		
年	月	分	から	か	月	分	外来	か	所	枚	入院	か	所	枚	調剤	か	所	枚

※ この申請書は、医療費の助成資格を有する方が他府県で受診した場合や、医療証の交付前に受診した場合等の、保険診療に係る助成分を請求する場合に使用します。

※ 申請は、受診された翌月以降に行ってください。

※ 同月、同一医療機関の申請は必ずまとめて行ってください。別に申請されますと助成金額の返金を請求する場合があります。