別紙１

若者入院医療費補助金申込書

年　　　月　　　日

　(宛先)

　枚方市長

申請者　住所

氏名

対象者との続柄(　　　　　　　　　　　　　　)

電話番号（　　　　　）　　　　　－

ＦＡＸ　（　　　　　）　　　　　－

次のとおり、医療費の補助を申し込みます。補助金交付の対象であることを確認するため、必要に応じて、関係機関に照会することに同意します。なお、補助決定金額を次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者氏名 | |  | | | | | | | | | | | 個人番号 | |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 対象者住所 | | 枚方市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | □　普通　　□　当座　　□　貯蓄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義(カタカナで記入してください。) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付した領収書の内訳　　　年　　　月分から　　　か月分　　　か所　　　枚 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（市記入欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診年月 | 医療機関 | 補助金額 |
| 年　　　　　月 |  | 円 |
| 年　　　　　月 |  | 円 |
| 補助合計額 | | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号（重度障害者医療・ひとり親家庭医療） |  |
| 若者入院医療　申込番号 |  |