様式第１号（第４条関係）

**八頭町障害者等医療費助成金支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療を受けた者の氏名 | |  | | | | | | | |
| 医療を受けた  病院等の名称  の名称 | |  | | | | | | | |
| 入院・入院外の別 | | 入院  入院外 | | 医　療　を  受けた期間 | | | 自　　　　　　年　　　月  至　　　　　　年　　　月 | | |
| 加入保険名及び記号番号 | | 後期高齢者・国保・協会けんぽ・共済・その他（　　　　　） | | | | | | | |
| 障害等級等 | | 身体障害者手帳　１級・２級・３級・４級・５級  所得区分  療育手帳　Ａ・Ｂ  精神障害者保健福祉手帳 １級・２級・３級 | | | | | | | |
| 医療に要した費用 | | ※ | | | 円 | | | | |
| 医療費支給申請額 | | ※ | | | 円 | | | | |
| 添付書類  　１　医療保険により医療費の自己負担分を医療機関へ支払いしたその領収書  　２　社会保険各法の規定による当該療養費等の付加給付金支給証明書 | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  なお、八頭町障害者等医療費助成金決定のため、必要な私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。  　　　年　　　月　　　日  　　　　　申請者　　住所　八頭郡八頭町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名    電話番号  医療を受けた者との続柄  　八　頭　町　長　様 | | | | | | | | | |
| ※以下は八頭町使用欄です。記入しないようお願いいたします。 | | | | | | | | | | | | |
| 医　療　費　支　給　決　定　状　況 | | | | | | | | | |
| 対象医療費等 | | 付加給付額 | | 自己負担額 | | | 助成割合 | | 差引決定助成額 |
| 円 | | 円 | | 円 | | | ／１００ | | 円 |