

下記の太線の内側を記入してください。

那覇市長 殿

令和2年 8月 1日

下記の対象者にかかる医療費を、添付の領収書等のとおり支払いましたので、那覇市重度心身障がい者医療費等助成の支給申請をします。

この申請にあたり、那覇市の担当職員が、私の世帯の課税状況、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況の確認並びに国民健康保険及び後期高齢者医療に係る診療報酬明細の写しについて、那覇市の関係各課又は沖縄県後期高齢者医療広域連合に調査、照会又は閲覧することを承諾します。

なお、上記助成金に那覇市国民健康保険に係る高額療養費が含まれる場合には、当該高額療養費を高額療養費返還金として那覇市の歳入へ充てることに異存はありません。

申請者(本人又は監護者)

氏名

沖繩 花子

本人との関係

妹

連絡先

080-1234-5678

住所

那覇市泉崎1-1-1 ○ アパート501号室

支給対象期間	被保険者氏名
対象者	記号・番号
	保険者名称
	所在地
	連絡先
氏名	那覇 太郎
生年月日	昭和10年1月1日 85歳
最短振込予定日	委任状提出有無

助成決定額	円	領収書枚数	枚	返送	枚
-------	---	-------	---	----	---

受付	申請書の記入方法
助成額について	日付は申請書の記入日を入れてください。 実際に申請書を記入する方の氏名等を記入してください。 受給者本人の情報を記入してください。
税	*その他の欄は記入不要です。
単	
回	
レセ	
TEL	
老人	