

那覇市重度心身障がい者医療費等支給申請書

下記の太線の内側を記入してください。

那覇市長 殿

令和 年 月 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

本人との関係

連絡先

住所

支給対象期間			被保険者氏名	
対象者	受給者番号		医	記号・番号
			療	保険者名称
	氏名		保	所在地
			険	連絡先
生年月日			付加給付等	
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		入力		審査		返送	
----	--	----	--	----	--	----	--

助成額については、通帳をご記帳の上ご確認下さい。

	社協TEL
税	
単	
回	
レセ	
TEL	
老人	