

様式第1号（第6条関係）

障がい者等医療費助成申請書

申請者氏名				
医療を受けた病院名 及び所在地				
診療月				
被保険者（組合員）名			記号・番号	
添付書類 ・医療機関の領収書 ・保険証またはマイナ保険証等資格確認ができるもの ・身体障害者手帳(３・４級) または療育手帳（Ｂ） または精神保健福祉手帳（２・３級） または自立支援医療受給者証の写し				
日南町長 様 障がい者等医療費助成金の支給を申請します。 ※申請にあたり、町民税及び日南町に納付すべき料金の滞納の有無について、福祉保健課が確認することに同意します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 印 電話番号				
日南町 確認欄				
住民税	課税世帯・非課税世帯		日南町に納付すべき料金等の滞納	滞納有り・滞納なし
総医療費	保険対象額	自己負担額	差引医療費 1/2	給付年月日
				月 日
※申請者の町に登録の指定口座に振り込みます				