様式第４号

受付日
受付番号

医療費助成申請書(及び口座振込依頼書)

摂津市長　様

申請者は保護者です
電話番号は日中に連絡のとれる番号を記載ください。

申請者　住所　**摂津市三島1－1－1**

氏名　**摂津　太郎**

受給(対象)者との続柄(　**父**　)

電話番号　**090 - ○○○○ - △△△△(母携帯)**

次のとおり、医療費の助成を申請します。
なお、支給決定金額を下記口座に振り込んでください。

受給(対象)者記入欄	医療助成の別	□ 老　人　☑ 子ども　□ ひとり親　□ 重度障害者			
	申請理由	□ 他府県　□ 発行前　□ その他(　　)			
	フリガナ		受給(対象)者番号		
	受給(対象)者氏名		生年月日	年　月　日	
	医療保険の加入状況	記号		番号	
		被保険者氏名		続柄	
		医療保険名称		保険者番号	
		医療保険の所在地	TEL　—　—		
		負担割合	割	附加給付	有・無
		限度額適用認定証	有(　　)・無		
	振込先	金融機関名		支店名	
		口座番号		種目	□普通　□当座　□貯蓄　□その他(　　)
		コウザメイギ(※カナで記入してください)			
	助成申請額	円			

振込先が空欄の場合は、申請者名義の口座を記入ください。
(申請者以外の口座への振込みはできませんのでご注意ください。)

領収

保険医療機関等記入欄	傷病名(記入しがたい場合は不要)		入院・入院外	
	○内数　※括弧内は公費負担分の内数		診療期間	年　月　日まで
	1日目診療　点　円(　点　円)		保険診療点数	点
	2日目診療　点　円(　点　円)		公費負担区分(精神・結核等)	点
	保険医療機関等	住所 名称 氏名　印 電話番号		

注意　1　保険医療機関等が発行した領収書があるときは、保険医療機関等記入欄の記入は不要です。
　　2　保険診療分のみ1か月ごとに月単位で診療区分別に記入してください。
　　3　診療区分は、該当事項に○をつけてください。