

様式第 4 号（第 9 条関係）

重度障害者医療費支給申請書及び口座振替依頼書

令和 年 月 日

（宛先）高槻市長

〒

住所

申請者

氏名

印

受給者との続柄（ ）

電話

次のとおり医療費の支給を申請します。

受給者	(フリガナ) 氏名					生年月日 年 月 日			
	住所 ☐ 申請者と同じ								
受給者番号						医療証資格開始日 年 月 日		付加給付 有 ・ 無	
加入保険	世帯主 被保険者等				保険 種別	国保・健保・共済・後期 ☐ 本人 その他（ ） ☐ 家族			
	記号		番号		保険者番号		発行機関		
振込先	銀行 農協 信金		本店 支店		委任 状 欄	上記支給金の受領に関する一切の権限を、 に委任します。			
	預金種目		普通 ・ 当座			委任者			
	口座番号					住所			
							氏名		
		口座名義 (フリガナ)		医療費支給申請額		円			

備考 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。