

太枠内の項目のみ記入をお願いします。

等医療費助成申請書

記載例①

対象者	対象者本人の情報をご記入ください。 なお、マイナンバーカードの写しの添付は不要です。										名	檀原 太郎		男 女	
	生年月日										明・大	昭	〇〇年〇〇月〇〇日		
個人番号											0 0 0 0 0 0 0 0 0 0				

所得状況	①助成対象者	②配偶者及び扶養義務者	
氏名			
個人番号			

③同一生計配偶者及び扶養親族の合計数

(うち老人扶養親族の数(助成対象者について))

同一生計配偶者又は老人親族

(人)

(人)

(人)

対象者本人及び配偶者並びに扶養義務者(同世帯のお子様など)の氏名・個人番号(12ケタのマイナンバー)をご記入ください。

※ 配偶者及び扶養義務者がいらっしゃらない場合、②は記入いただく必要はございません。

⑦ 控 除	医療費	円	円	円
	社会保険料	円	※	円
	小規模企業共済等掛金	円	円	円
	配偶者特別	円	円	円
	障害者(特別障害者を除く)である 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	※	円	※
	特別障害者である同一生計配偶者及び扶養 親族の合計数	※	円	※
	障害者・特別障害者・寡婦(夫)・ 寡婦の特別・勤労学生の別	※	円	※
	肉用牛の売却による農業所得についての 免除額	円	円	円
※ 控除後の所得額	円	円	円	
※ 審査	認定・却下			

⑧ 申請事由	心身障がい者の方 該当する番号を○で囲んでください (() 内については、記入ください)	1. 身体障害者保健福祉手帳を所持している。(級) 2. 療育手帳を所持している
-----------	---	--

申請者は対象者本人です。

ただし、対象者が成年被後見人の場合は成年被後見人の氏名を記入してください。

また、対象者が成年被後見人の場合は登記事項証明書(写し可)を添付してください。

(宛先) 檀原市長	申請者 住所 檀原市〇〇町〇〇番地 氏名 檀原 太郎
-----------	--

※は記入する必要はありません。

記載例②

Ⓢ 重度心身

太枠内の項目のみ記入をお願いします。

後期高齢者医療
被保険者番号

対象者本人の氏名・生年月日・住所・日中連絡のとれる
電話番号を記入ください。

(ふりがな) 氏名	かしはら 檀原 太郎	男 女	生年月日	明・大 昭	〇〇年〇〇月〇〇日生
住所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 檀原市〇〇町〇〇番地 (電話番号〇〇〇〇-〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)				

(宛先) 檀原市長

上記のとおり、重度心身障害老人等医療費の支給を申請します。

申請者は対象者本人です。
ただし、対象者が成年被後見人の場合は成年後見人の氏名を記入してください。

降の支給額において

年 月 日

振込口座を対象者以外の口座にする場合は
こちらの委任状欄を記入ください

申請者

氏名 檀原 太郎

(委任状)

私は、檀原 花子 を代理人と定め、次の権限を委任する。

〇〇年〇〇月〇〇日請求した医療費助成金の受領に関すること。

申請者

申請者の住所

檀原市〇〇町〇〇番地

氏名 檀原 太郎

代理人

代理人の住所

檀原市〇〇町〇〇番地

↓
口座名義人

氏名 檀原 花子

口座 振替 依頼欄	金融機関名	〇〇	銀行・信金 労金・信組 農協	〇〇	本店 支店 出張所
	金融機関コード			店舗コード	
	預金種別	普通・当座・その他	口座番号	0 0 0 0 0 0 0	
	口座名義人	フリガナ カシハラ ハナコ 檀原 花子			

※は記入する必要がありません。

医療費助成金の振込先を記入してください。
対象者以外の振込口座を希望される場合は

〔(委任状)〕欄も記入ください。