別記様式第９号（第１３条関係）

重度心身障害者　医療費月額限度額支給申請書

＜受給者＞（医療機関で診療を受けた方）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　 　 月　 　 日 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | （建物名等） | | | | 市処理欄 | | | 宛名番号 | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | |

＜合算の対象となる方＞（受給者と同じ世帯にいる同制度受給者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＜申請者＞（受給者本人 または 保護者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 北見市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請日）　　　　 　年　 　月　 　日  重度心身障害者医療費の月額限度額の支給を受けたいので、領収書を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　 　 月　 　 日 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 署名 | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 | － 　　 　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | □受給者と同じ　（記入不要）  （建物名等） | | | | 続柄 | | | 受給者から見て | | | | | | | |

＜受取口座＞（申請者の口座）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座名義人 | カナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | ※やむをえず口座を  利用できない場合 |
| 郵便局の通帳に振込 | | 通帳の記号 | | | | | 通帳の番号 | | | | | | | | | | | | | |
| １ |  |  |  | ０ | ― |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | １ | □　為替証書払い  □　窓口払い |
| 銀行口座に振込 | | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行・信金・労金　　　　　　　　本店  信組・農協・漁協　　　　　　　　支店 | | | | | | | □ 普通  □ 当座 | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | 市処理欄  － |

北見市使用欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　人　確　認 | 年　　　　月分 | | 診療区分 | 入院・入院外・歯科・調剤・他（　　　　） | | | |
| ①番・免・パ・手帳  他（　　　　　　　）  ②証・年金・児童・バス  社員・学生  他（　　　　　　　） | 診療区分　・　医療機関名 | | | 種別 | | 一部負担金額 | |
|  |  | | 現物・償還 | |  | |
|  |  | | 現物・償還 | |  | |
| 代理権確認手段  受給者証・保険証  障害者手帳・委任状  他（　　　　　　　　） |  |  | | 現物・償還 | |  | |
| 合　計　　（Ａ） | | |  | | | |
| 添　付　書　類 | 審　査 | 月額限度額（Ｂ） | | （通院）　 　　円・（入院）　　 　円 | | | |
| 年間上限額・多数該当 | | 円・　　　　　　 円 | | | |
| □領収書の写し  □他（　　　　　　） | 次のとおり決定してよろしいか | | 支給決定額(A)－(B)  円 | | | |
| 備　　考 | | | | 第　４　類 | | | |
|  | | | | 課長 | 係長 | | 係 |