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 　・保険証の写し 　・障がい者手帳（３級・４級）または養育手帳（B）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 | | | 日南町に納付すべき料金等の滞納 | | | |
| 課税世帯・非課税世帯 | | | 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 | | 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 | | | | | | |