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 |