

重度心身障害老人健康管理事業給付金支給申請書

平成 年 月 日

京丹後市長 様

申請者 住 所 京丹後市

氏 名 印

(電話番号 -)

京丹後市重度心身障害老人健康管理事業給付金の支給の申請をします。

給付金支給対象者氏名				
後期高齢者医療 証番号 (平成20年4月診療分から)				
老人保健受給者証番号 及び 加入保険証の種類 (平成20年3月診療分まで)		証番号		
		国保(京丹後市・組合) 調・割 .		
		社保(政管・日雇・組合・船員・共済) 調・割 .		
受診医療機関名等 (総合病院の場合は診療科)		(科)		
指導実施日	日数	給付金算定基礎	種 別	備 考
平成 年 月	日	窓口支払額 (円) 診療点数 (点)	入院・入院外・ 歯科・調剤・補装具 その他()	
合 計	日	支給決定額 円		

振 込 先 金 融 機 関 名	〔銀行・信金・農協〕			支店
	京 都 府 信 漁 連			支店
	金融機関コード		支店コード	
□ 座 種 別	普通・当座	口座番号		
□ 座 名 義 人	(カガナ)			

事務処理欄 老健高額 (有 ・ 無)

申請額	最終自己負担額	老健高額医療費支給額	健管支給額
円	円	円	円