

障害者医療費助成申請書兼請求書

年 月 日

大磯町長 殿

申請者 住 所

氏 名

電話番号

助成対象期間	年 月分から		年 月分まで																
保険証（組合員証）	保険種別			記号番号															
	政・組・日・船・共・国・後																		
被保険者（組合員）	氏名																		
	住所	大磯町																	
保 險 者 (社会保険事務所、 健康保険組合、大磯町)	名称																		
	所在地																		
対 象 者 (助成を受ける人)	氏名	個人番号：																	
	住所	大磯町																	
決定区分	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">支給決定額</td> <td>十万</td> <td>万</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						支給決定額	十万	万	千	百	十	円						
支給決定額	十万	万	千	百	十	円													
総点数 _____ 点																			
領収金額 _____ 円																			
支給事由	算出の内訳等																		
大磯町障害者医療費助成に関する条例第4条の規定により支給する。ただし、療養附加給付のうち次のものを除く。 ・基本控除 円 ・端数切捨 円未満 ・不支給 円未満 ・給付率 %	① 月分自己負担	円-附加給付	円=	円															
	② 月分自己負担	円-附加給付	円=	円															
	③ 月分自己負担	円-附加給付	円=	円															
	④ 月分自己負担	円-附加給付	円=	円															
	⑤ 月分自己負担	円-附加給付	円=	円															
	⑥ 月分自己負担	円-附加給付	円=	円															
	⑦ 月分自己負担	円-附加給付	円=	円															
	⑧ 月分自己負担	円-附加給付	円=	円															
	⑨ 月分自己負担	円-附加給付	円=	円															
	⑩ 月分自己負担	円-附加給付	円=	円															

※前月分までの領収書（保険の適用されるもの）を持参してください。
※申請年月日、申請者（住所・氏名・電話番号）及び太線の中のみ御記入・御捺印ください。

年 月 日

口座情報登録用紙

大 磯 町 長 殿

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

口座情報

銀 行 信用金庫 農 協	店	口座番号
		口座名義(カタカナでお願いします。)
金融機関コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>