

様式第4号（第9条関係）

重度障害者医療費支給申請書及び口座振替依頼書

令和 年 月 日

（宛先）高槻市長

申請者 住所
氏名 印
受給者との続柄（ ）
電話

次のとおり医療費の支給を申請します。
なお、次の振込先に振り込んでください。

受給者	フリガナ 氏名		生 年 月 日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
受給者 番号			医 療 証 資 格 開 始 日	令和 年 月 日
			付 加 給 付	有 ・ 無
加 入 医 療 保 険	世 帯 主 被保険者等		保 険 種 別	国保・健保・共済・後期 ・その他（ ） 本人・家族
	記号・番号		保 険 者 番 号	
			発 行 機 関 の 名 称	
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 農協 支店 信用金庫 信用組合	委 任 状 欄	上記支給金の受領に関する一切の権限を、 _____に委任します。 委任者 住所 _____ 氏名 _____ 印
	預金種別	普通・当座		
	口座番号			
	口座名義人 カタカナ			

備考 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。