

老

老人医療（一部負担金相当額一部助成）費助成支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 東 大 阪 市 長

次のとおり医療費の助成を申請しますので、
下記の口座に振り込んでください。

なお、付加金の受領等について医療機関・
医療保険関係機関等に照会することに同意します。

申請者

住所

氏名

電話

受給者との続柄
()

受給者 氏名	生年月日				受給者番号			
	T・S	年	月	日				
申請の理由	・証交付前 ・府外受診 ・高額 ・装具装着 ・その他()							
振 込 先 (口座変更：有・無)								
金融機関				支店				口座番号
	銀行・信金 組信・農協			支店				
普通・当座・貯蓄	口座名義人	※カタカナでご記入ください。						

※太枠の中のみご記入ください

保 険	社保・国保・後期	記号番号	当月
※ 診療期間	年	月	日 (日数 日間)
			H30.3 以前

※ 採 択 区 分	・医科 ・歯科 ・調剤	総点数	点	自己負担額	円
	・訪看 ・補装具 ・柔整 ・はり ・あんま	総医療額	円	高額療養費	円
	・一部償還	給付割合 10 20 30	国保・後期・他公費() ※申請： 有 ・ 無	付加給付額	円
			支払日 限度額 支払額	一部負担金	円
※	外来 ・ 入院	府内	円	支給決定額	円

備考	審査	※受付者	※ 受付印
	承認 ・ 却下		
	※ 連番号		