

第1号様式（第6条関係）

二宮町障害者医療費助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

二宮町長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_

及び 氏名 \_\_\_\_\_

請求者 電話 \_\_\_\_\_

\*申請者及び請求者は口座振込み先の方のお名前をご記入ください。

次のとおり申請・請求をします。

なお、申請にあたり所得状況その他必要な情報を公簿等により確認することに同意します。

受給 対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ										
	個人番号											
	医療証番号											
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ										
	生年月日	年			月			日				
	障害等級	重度（1級・2級・A1・A2） ・ 軽度（3級・4級・B1） 精神（1級・2級 有効期限 令和 年 月 日）										
保険情報	二宮町国保 ・ 他健康保険 ・ 後期高齢											
	所在地											
	名称											
	保険証	記号	番号									
照会について	添付の領収書に関して保険医療機関等に照会することに <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない											
申請請求額		円										

※以下職員記入欄

助成対象期間	年 月 から 年 月まで
助成決定額	円
医療証	医療証を発行する（ ） 医療証を発行しない（ ）
交付年月日	年 月 日