

- 重度心身障がい者
- ひとり親家庭等
- 子ども

医療費助成申請書

年 月 日

釧路市長 あて

※太枠の中のみ記入してください。

住所	釧路市 丁目 番 号
フリガナ	
氏名 (口座名義人)	
電話	

医療費の助成を受けたいので、必要書類を添えて申請します。
この医療費の助成申請について、医療機関等および加入の健康保険に市より申請内容の確認をすることに同意します。

受給者番号		【証区分】	<input type="checkbox"/> 初	<input type="checkbox"/> 課	<input type="checkbox"/> 超過
フリガナ		生年月日	大正 昭和 年 月 日		
受給者氏名①			平成 令和		

【年齢区分】 3未 3～6歳 小 中 高 18～19歳 親 障 老

受給者番号		【証区分】	<input type="checkbox"/> 初	<input type="checkbox"/> 課	<input type="checkbox"/> 超過
フリガナ		生年月日	大正 昭和 年 月 日		
受給者氏名②			平成 令和		

【年齢区分】 3未 3～6歳 小 中 高 18～19歳 親 障 老

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 本所 支店	預金種別	普通 当座
口座番号 左詰めで記載				
口座名義人 (カタカナ)				

【重度担当者確認事項】

- 前期高齢者(国保)高額療養費支給停止依頼済
- 後期市町村償還確認済 高額療養費本人支給確認済
- 1割 2割 3割

受付印