

- 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

申請者の  
 ①住所  
 ②氏名  
 ③電話番号  
 を記入してください  
  
 ※受給者が未成年  
 の場合は保護者  
 の方の申請となります

住所	釧路市 黒金町 7 丁目 5 番 号				
フリガナ	クシロ ハナコ				
氏名 (口座名義人)	釧路 花子				
電話					

のひで、必要書類を添えて申請します。  
 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	クシロ タイヨウ	生年月日	大正 昭和 25 年 6 月 15 日		
受給者氏名①	釧路 太陽		平成 令和		

【年齢区分】  3未  3~6歳  小  中  高  18~19歳  親  障  老

払い戻しの対象と  
 なる受給者の  
 ①受給者番号  
 ②氏名  
 ③生年月日  
 を記入してください

受給者番号		【証区分】	<input type="checkbox"/> 初		
フリガナ	クシロ ユウヒ	生年月日	大正 昭和 2 年		
受給者氏名②	釧路 ゆうひ		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	釧路	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	北大通	本店 本所 支店	預金種別	普通 当座	
口座番号 左詰めで記載	9	9	9	9	9	9	申請者の口座情報 を記入してください
口座名義人 (カタカナ)	ク	シ	ロ	ハ	ナ	コ	

【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