

重度心身障害老人健康管理事業給付金支給申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

京丹後市長 様

申請者 住所 京都府京丹後市〇〇町〇〇 △△番地

氏名 京丹後 太郎

(電話番号 〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

京丹後市重度心身障害老人健康管理事業給付金の支給の申請をします。

給付金支給対象者氏名	京丹後 太郎			
後期高齢者医療 証番号	0 1 2 3 4 5 6 7			
医療を受けた期間	令和〇〇年〇〇月診療分			
受診医療機関名	種 別	日数	給付金算定基礎	支給決定額
〇△病院	入院・ <u>入院外</u> 歯科・調剤・補装具 その他()	1 日	窓口支払額 ()円 診療点数 ()点	円
	入院・入院外・ 歯科・調剤・補装具 その他()	日	窓口支払額 ()円 診療点数 ()点	円
	入院・入院外・ 歯科・調剤・補装具 その他()	日	窓口支払額 ()円 診療点数 ()点	円

振 込 先 金 融 機 関 名	京都銀行・京都北都信金・京都農協・ ゆうちょ銀行・京都府信漁連 (京丹後 <u>銀行</u> ・信金・農協		峰山 <u>支店</u> 本店						
	金融機関コード		支店コード						
口 座 種 別	<u>普通</u> ・当座	口座番号(7桁を記入)	1	2	3	4	5	6	7
口 座 名 義 人	(フリガナ) <u>キヨダノコ タロウ</u> 京丹後 太郎								

事務処理欄

後期診療報酬確認