

心身障害者
ひとり親家庭等

医療費給付申請書



※該当する医療の枠内に○印を付けて下さい。

年 月 日

岡山市長様

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、申請に当たり、地方税関係情報・医療保険の加入状況等を公簿により確認することに同意します。

医療費の振込時期について	
申請月の翌月末に振込予定ですが、下記に該当する方は2〜3か月程度の時間を要する場合があります。	
●自己負担額が21,000円（70-74歳は8,000円）以上の場合	岡山市記入欄 来庁者・確認書類 申請者・申請者以外 （ ） 免許証・マイナンバーカード その他（ ）
各医療費給付条例第4条の規定により、高額療養費・附加給付金等の支給状況の確認が必要となるためです。必要に応じて追加書類（支給決定通知書、同意書等）の提出を依頼する場合があります。	
●岡山市国民健康保険加入者の方で療養費（補装具等）を同時に申請された場合	
各医療費給付条例第4条の規定により、療養費の支給状況の確認が必要となるためです。	
※診療月の翌月1日から5年を過ぎると、給付金の支給を受けられなくなりますので、ご注意ください。	

申請者	氏名													
	住所	(〒 -)	岡山市							電話	(- -)			
受給者番号	心身障害者											フリガナ 患者氏名		
	ひとり親家庭等											患者 生年月日	S・H	年 月 日

診療（調剤）報酬・訪問看護療養費領収証明書																																
医療機関（領収書がある場合は証明不要）	本人	家族	長									医 歯 薬 訪																				
	診療年月	年 月		患者氏名																												
	診療日	(診療日に○印をして下さい。)																														
	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	保険診療総点	入院	点 (円)		医療機関・薬局・訪問看護ステーションの所在地・名称・氏名等 Ⓜ																											
	訪問看護総医療費	外来	点 (円)																													
	他法公費	更生、育成、養育、精神、特定疾患、その他 (該当するものに○印をして下さい。)																														
他法負担	点			医療機関 コ ー ド																												
☆他法公費による一部負担金	円																															

☆自立支援医療、養育医療、特定疾患等に係る一部負担金の額を記入すること。

給付決定						
市記入欄	自己負担額(A)	他法公費負担額(B)	高額療養費(C)	附加給付額(D)	一部負担金(E) 一定・一般・Ⅱ・Ⅰ	公費給付額 (A)-(B)-(C)-(D)-(E)
	円	円	円	円	円	円

振込口座	金融機関名	() 銀行 () 信用金庫 () 信用組合 () 農協	本店・ 本所・	() 支店 () 出張所 () 支所	預金種別	普通(総合)・当座					
	フリガナ										
フリガナ											
名義人											