別記様式第７号(第９条関係)

(表)

(受給者が記入してください。)

重度障がい者医療費助成申請書(柔道整復施術用)

年　　月　　日

(宛先)新潟市長

住　　所
申請者　　氏　　名
電話番号

※
下記のとおり金　　円(診療月　　年　　月分)の医療費の助成を申請します。

受給者番号					
受給者氏名					
自己負担割合	3割		2割		1割
振込指定金融機関名	銀行名		口座番号		
	支店名		フリガナ 口座名義人		
※	他法負担額		一部負担額		決定額	

注　※印欄は、記入しないでください。

領収書　　(診療月　　年　　月)

	療養に要した費用 A	自己負担額 B	市単一部負担金領収済額 C	市単医療費助成額 B−C
1日目	円	円	円	円
2日目	円	円	円	円
3日目	円	円	円	円
4日目	円	円	円	円
5日目以降	円	円	円	円
計	円	円	円	円

他法負担等の有無	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律・母子保健法・児童福祉法・その他(　　)	公費分費用	
		患者負担額(公費分)	

上記のとおり市単一部負担金を領収しました。
年　　月　　日

所在地
柔道整復師　　名　称
様　　氏　名

注　B 欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額(10 円未満四捨五入)を記入してください。

(裏)

委任状

私(委任者)は、この申請書に基づき、新潟市から支払われる重度障がい者医療費助成金の受領を下記受任者欄に記載の者に委任します。

年　　月　　日

委任者	受任者
住　所	住　所
氏　名　　印	氏　名　　印

自署の場合は押印不要。

総代人届

重度障がい者医療費助成受給者である　　が　　年　　月　　日死亡につき、総代人を選定したので届けます。なお、この度の重度障がい者医療費助成申請に係る助成金は、表面に記載の金融機関に振り込んでください。

年　　月　　日

総代人

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿印

相続人 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿印	相続人 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿印
相続人 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿印	相続人 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿印
相続人 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿印	相続人 住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿印

自署の場合は押印不要。