

自 分 で 記 入 入 所 得 の 状 況	年 月 日				南房総市長 宛		申請者 下 住 所 氏 名 (印) 電 話	
	下記のとおり申請します。							
	療養者 氏 名				保 險 の 種 類	国 政 船 員 合 済 期 他	記号	
	生年月日	年 月 日					名称	
	身体障害者(児)	1 ・ 2級					番号	
	知的障害者(児)	(A)の1・(A)の2・(A)・Aの1・Aの2					※退職者医療 被本人・被扶養 ※社会保険 被本人・被扶養	
	精神障害者(児)	1級						
	控除額				円			
	付加給付							
	・新規及び変更の場合記入							
金融機関名	支店名	種 別	口座番号	口座名義人				
普通 当 座								
<p>受給資格の審査のため療養者及び療養者と同一健康保険加入者の健康保険の加入状況及び市民税の課税状況等の確認が必要となります。次の方法のうち、いずれか希望される□に「レ」を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 療養者及び療養者と同一健康保険加入者は健康保険の加入状況及び市民税の課税状況等について、南房総市が把握する公簿等で確認することに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 課税状況に関する証明書を添付する。</p>								
生活保護受給状況	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中							
※ 所得の可否	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否							

注意

- ①領収書を添付してください。ただし、領収証で保険診療分の金額が確認できない場合は医療機関の証明を受けてください。
- ②高額療養費等に該当する場合は、当該支給決定通知書を添付してください。

医 療 機 関 等 記 入 欄	① 年 月 診療分	④ 保険請求点数 点	⑥証明手数料 円
	② 外来 ・ 入院	⑤ 公費種別 更正医療・長期疾病・特定疾患・精神通院	
	③ 診療日数 日		
	⑦ 保険診療分本人負担額	円	
	<p>上記の記載事項は、事実と相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関 又は薬局等 所在地 _____ 名 称 _____ 代表者 _____ (印) 電 話 _____</p>		

【市記入欄】

保険診療による自己負担額	控 除 額		証明手数料	支給決定額
	付加給付	自己負担金		
円	円	円	円	円