

※ 心身障害者医療費助成申請書の記載方法

心身障害者医療費助成申請書  
 <受診診療科

区分	整理番号
1	2
3	

令和 年 月 日

申請者 多賀城市長 殿

受給者

令和 年 月 分の医療費の助成を下記のとおり申請します。

心身障害者医療費受給者番号 10

対象者欄	氏名										
	生年月日	記入例 04年04月01日	18 3.昭和4.平成 5.令和	19	年	20	月	21	日		
	加入医療保険	25	保	険	者	番	号				

受給者の欄は、医療費受給者証の受給者欄の方の住所、氏名、電話番号を記入してください。

対象者の「医療保険被保険者証」の「保険者番号・名称」欄に記載してある番号を、左詰めで記入してください。

心身障害者医療費受給者証

受給者番号

受給者	住所		
	氏名		
対象者	氏名		
	生年月日		
有効期間			
市長名及び印	宮城県多賀城市長	印	
交付年月日			

医療費助成申請書をご記入いただく場合は、「受給者番号」等記入の内容が、受給者証と相違がないかをお確かめの上、ご記入ください。また、診療月ごと、医療機関（総合病院においては診療科、薬局においては処方箋※）ごとに入院・通院分にわけて提出してください。  
 ※処方箋は発行医療機関ごとです。

※ 申請書は、市役所、大代地区公民館、山王地区公民館に置かれているほか、市のホームページからもダウンロードいただけます。



心身障害者医療費助成制度の登録申請、受給者証の利用方法等ご不明な点がございましたら、お気軽にお尋ねください。