

※ 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																				
記入欄	6	8	心身障害者医療費受給者番号							10	3										
	4.平成		年																		
対象者	氏名		住所 多賀城市																		
	生年月日		氏名																		
	加入医療保険		電話番号																		

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。

