

別記様式第3号（第7条関係）

重度心身障害老人健康管理事業給付金支給申請書□

対象者	個人番号										
	後期高齢者医療被保険者番号										
	住所	福知山市									
	氏名										
	生年月日	年 月 日									
	身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳	級	年 月 診療分							入院	入院外

上記のとおり給付金の支給を申請します。給付金は、下記の口座へお振込みください。

年 月 日

福知山市長 様

住所

氏名

印

連絡先

— —

※ 口座登録済みの場合は記入不要です。新規申請や口座を変更される場合は記入してください。

口座振替依頼	金融機関名	種目	口座番号							
	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店	普通 当座							
	口座名義 (カタカナ)									

この申請書に記載いただいた特定個人情報[福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。]は、福知山市重度心身障害老人健康管理事業に係る事務に利用します。

※下欄は記入しないでください。

番号確認		実存確認	
------	--	------	--

重度心身障害老人健康管理事業給付金算定書									
健康管理指導機関名	指導実施年月	入院 外来	給付金算定基礎					給付金支給額	
	年 月	入 外	一定 以上	一般	Ⅱ	Ⅰ	日	円	
			□高額		□減額				

上記健康管理事業の実施は、領収書等により確認。

(確認者 印)

別記様式第3号（第7条関係）