

## 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

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（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第8項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	3割	2割	1割	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）