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	後期高齢者医療被保険者番号									
	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。給付金は下記口座へお振込みください。

年　月　日

福知山市長　様　【申請者】（下記のいずれかにチェックしてください）

□ 上記対象者が申請する場合（電話欄のみ記入）

□ 上記対象者以外の者が代理人として申請する場合　又は
上記対象者の相続人が申請する場合（全て記入）

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象者との関係 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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	1 新規口座　2 登録口座　3 その他（　　）													
	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）													

※下欄は、記入しないでください。

実存確認	

重度心身障害老人健康管理事業給付給付金算定書											
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	3割	2割	1割	Ⅱ	Ⅰ	日			
		外	□高額　□減額								円

上記事業の実施は、領収書等により確認　　（確認者　　）