

両面印刷・裏面は記入不要

記載例

障 医療助成費支給申請書

障害者証の番号

健康保険証の内容

負担者番号	8 0 1 3 ○ ○ ○ ○	被保険者氏名	台東 太郎
支給者番号	9 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	被保険者記号番号	○○○○ ○○○○
保険の種類	1 協会 2 組合 3 日雇 4 船員 5 共済 6 国保 7 後期高齢	保険者 (名称)	台東区国民健康保険
		番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
高齢受給者証の交付の有無	1 有 2 無	自己負担割合	1 1割 2 2割 3 3割

記入不要です

受給者様名義の口座

振込先 金融機関	たいとう 信用金庫 たいとう 支店 信用組合 協同組合	銀行	フリガナ	タイトウ ハナコ	
		口座名義	台東 花子		
金融機関番号	○ ○ ○ ○	支店番号	口座番号		
		○ ○ ○ ○ 2 当座	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		

○年 ○月 ○日
東京都知事 殿

受給者

対象者

郵便番号 110-0015 電話番号 03 (5246) 1111
 住所 台東区東上野4-5-6

フリガナ タイトウ ハナコ
 氏名 台東 花子

(○○年 ○○月 ○○日生)

代理の方が申請する場合、こちらもご記入ください

代行者

住所
 氏名
 続柄()

決定通知書送付先が対象者の住所と相違する場合のみ記入(相続人を含む。)

送付先

郵便番号 電話番号 ()

住所
 氏名