



重度心身障害者 医療費助成金 申請（請求）書

＜受給者＞（保険医療機関等で診療を受けた方）

○代理人（本人又は本人の保護者や扶養義務者等以外の方）が申請（請求）する場合 私は、重度心身障害者医療費助成金申請（請求）に係る一切の手続を届出者の欄に記載の者に委任します。									
氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日						
		個人番号							
		電話番号							
住所							市処理欄	宛名番号	
							受給者番号		

＜加入医療保険＞（該当する□にレをつけ、内容を記入し関係書類の写しを添付してください。）

保険種類	☐ 情報照会 ☐ 被保険者等であることを確認できる書類										
	1. 国保（ ☐ 都城市 ☐ 他市区町村 ☐ 組合） 2. 後期（ ☐ 宮崎県 ☐ 他都道府県）										
	3. 社保（ ☐ 協会けんぽ ☐ 組合健保 ☐ 船員 ☐ 国公共済 ☐ 地公共済 ☐ 私学共済）										
被保険者氏名	☐ 受給者と同じ（記入不要）						被保険者個人番号				

＜申請内容＞（太枠の中を、保険診療分についてのみ医療機関及び調剤薬局で記入してください。）

令和 年 月 分	医科（ ☐ 入院 ☐ 入院外） 歯科（ ☐ 入院 ☐ 入院外） ☐ 調剤 ☐ 訪問看護 ☐ 柔道整復 ☐ はり・きゅう ☐ あんま・マッサージ ☐ 治療用装具					
実日数	保健診療点数	一部負担金	高額療養費	付加給付額	自己負担額	支給額
日(回)	点(円)	円	円	円	円	円
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 医療機関等・調剤薬局等の 医療機関コード 住所 名称 代表者氏名 電話番号						

＜申請者＞

都城市長 宛て (申請日) 令和 年 月 日 上記のとおり、重度心身障害者医療費助成金の交付について関係書類を添えて申請(請求)します。									
氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日						
		個人番号							
		電話番号							
住所	☐ 受給者と同じ（記入不要）						続柄	受給者から見て	

都城市使用欄

申請者 本人確認	備 考		
1. 点確認書類 ☐ 個人番号カード ☐ 免許証 ☐ 障がい者手帳 ☐ その他 ()	☐ 重度 ☐ 重度(20歳未満) ☐ 中度 ☐ 翌月初開庁日受付(同申請月・同診療月) ☐ 助成済み ☐ 保険外 ☐ 申請期限切れ ☐ 資格なし 保険番号(都城市国保):		
2. 点確認書類 ☐ 資格確認書 ☐ 介護保険証 ☐ 医療受給者証 ☐ その他 ()			
受給者 代理権確認手段	障がい福祉課 処理欄	受付課 処理欄	
☐ 個人番号カード ☐ 免許証 ☐ 重心医療受給資格証 ☐ 障がい者手帳 ☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書(成年後見人)	修正確認 /	入力確認 /	入力 /
申請方法			受付後処理 /
☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ リモート ☐ オンライン	☐ 修正あり		

