

重度障害者医療費助成一部自己負担額償還申請書

令和 × 年 ○ 月 △ 日

（あて先）大東市長

（申請者）住所 **大東市谷川1-1-1**

***記載方法が不明な場合はお問い合わせ
いただくか空けておいてください。**

氏名 **大東 太郎**

TEL **〇〇〇-△△△△-□□□□**

下記のとおり一部自己負担額の償還について申請をしますので、口座振替によって支払ってください。

なお、次回以降は自動償還にて下記、口座に振り込みすることに同意します。

受給者氏名	大東 太郎	被保険者氏名	大東 太郎
受給者番号	0123456	保 險 者	大阪府後期高齢 大東市
生年月日	S16. 6. 6	保 險 者 番 号	39272182
資格取得日	H28. 6. 6	記号・番号	△△△△△△△△
自己負担額	月分 円	月分 円	月分 円

振込先	金融機関名	支店名	預金種別	普通 ・当座
	ゆうちょ 銀行 ・農協・信金・信組	四〇八 支店 ・本店	口座番号	□□□□□□□ (7桁)
			口座名義 (カタカナで記入)	ダイトウ タロウ

※以下は記入しないでください。

***受給者もしくは受給者と
同一世帯のご家族名義**

診 療 月	支	償 還 金 額
年 月 診療分	円	円
年 月 診療分	円	円
年 月 診療分	円	円
合 計 (支 給 決 定 額)		円

支給日

受付番号