

申請者は次のとおり

医療	申請者
育成医療	育成医療券に記載されている保護者
更生医療	受給者本人。 本人死亡時は相続人+誓約書

記入例

平成〇〇年〇〇月〇〇日

高松市育成医療等負担費用助成交付申請書

(宛先) 高松市長

申請者	氏名	フリガナ サヌキ タロウ さぬき 太郎 ®	受給者との続柄	本人
	住所	〒 760-8571 高松市 番町 1丁目 8番(地)	電話 (839-2333)	方

認印が必要

育成医療等負担費用の助成を受けたいので、高松市育成医療等負担費用助成要綱第5条の規定により申請します。

受給者	氏名	フリガナ サヌキ タロウ さぬき 太郎	生年月日	昭和〇 受給者本人
	住所	〒 760-8571 高松市 番町 1丁目 8番(地) 15号	電話 (839-2333)	方
医療給付名		1 育成医療 (一般、心臓、じん臓) ② 更生医療 (一般、心臓、じん臓) 3 医療に係る療育の給付		
医療機関名 (病院名)		口座の名義人は次のとおり		
振込希望金融機関	金融機関コード	01	口座名義人	
	金融機関名	〇〇 金庫・組合	フリガナ サヌキ タロウ さぬき 太郎	

(注) 添付書類

障害者、ひとり親、子ども医療証、後期高齢障害者受給資格者証をもっている人は医療証優先のため申請できません。

子ども医療証(中学生)は外来のみ申請受付可能

- ① 領収書原本 (更生医療、育成医療費精算後のもの)
 - ② 自己負担上限額管理票原本 (切り離さない)
 - ③ 育成医療受給者証コピー (育成医療の場合のみ)
- を添付してください。

月末×。申請の翌月末ごろ支払。
決定通知書を受付翌月 15日ごろに送付します。