

特定医療費支給申請書(償還払)

(宛先) 名古屋市長

年 月 日

指定難病にかかる特定医療費の支給(償還払い)にあたり、審査・決定に必要があるときには、医療費及び健康保険の加入状況、高額療養費申請(支給)状況、福祉医療費支給申請(支給)状況等について、名古屋市が医療機関及び保険者等に対して照会を行うこと及び、医療機関及び保険者等が名古屋市に当該情報を提供することについて同意し、次のとおり申請します。

申請者氏名												受給者 との続柄 ※受給者が18歳未 満の場合のみ記載									
申請者住所		〒																			
電話番号		() - (日中連絡可能な連絡先をご記入ください。)																			
振込先口座情報 (申請者名義の口 座に限ります)		金融機関コード								支店番号				預金科目		口座番号(右詰め)					
		(金融機関名)								(支店名)				支店 出張所		普通					
		銀行・信金・信組・農協・漁協・労金																			
		フリガナ																			
		口座名義人																			
受給者 情報	受給者番号					受診者氏名								生年月日		年 月 日					
	支給認定の 有効期間	年 月 日から 年 月 日				自己負担上限額(月額)								適用 区分							

委任状

私(委任者)は下記の受任者に対し、特定医療費支給の申請及び受領に係る一切の権限を委任します。

なお、審査・決定に必要があるときには、医療費及び健康保険の加入状況、高額療養費申請(支給)状況、福祉医療費支給申請(支給)状況等について、名古屋市が医療機関及び保険者等に対して照会を行うこと及び、医療機関及び保険者等が名古屋市に当該情報を提供することについて同意します。

委任者 (受給者)	住所		
	氏名(署名)	*代筆の場合、代筆者署名 (代筆者署名:)	
受任者 (申請者)	住所		
	氏名	(受給者との続柄:)	

※受給者が18歳以上の場合に受給者本人以外の口座に振り込みを希望する場合は委任状に記載が必須となります。

申請金額		決定額	
		※名古屋市記入欄	

なお、名古屋市の決定額をもって請求金額とします。

■裏面の記入例・別添「特定医療費の支給申請(払い戻し申請)」を確認のうえ、記入してください。

【記入例】

※払い戻し額が発生しない場合もあります。別添の「特定医療費の支給申請(払い戻し申請)について」をご確認の上、ご準備ください。

申請者氏名	① 名古屋 太郎										受給者 との続柄 ※受給者が18歳未 満の場合のみ記載			
申請者住所	〒 4 6 0 - 8 5 0 8 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号													
電話番号	(090) 1234 - 5678 (日中連絡可能な連絡先をご記入ください。)													
振込先口座情報 (申請者名義の口 座に限りです)	金融機関コード				9 9 0 0		支店番号		2 1 8		預金科目		口座番号(右詰め)	
	(金融機関名)						(支店名)				普通		1 2 3 4 5 6 7	
	ゆうちょ 銀行 信金・信組・農協・漁協・労金						ニー八 支店							
	フリガナ						ナゴヤ タロウ							
	口座名義人						② 名古屋 太郎						受給者情報は水色の受給者証を参照し て記載してください。	
受給者 情報	受給者番号		2 3 4 5 6 7 8		受診者氏名		③ 名古屋 太郎		生年月日		昭和 50 年 1 月 1 日			
	支給認定の 有効期間		令和2 年 1 1 月 2 2 日から 令和3 年 9 月 3 0 日				自己負担上限額(月額)		10,000円		適用 区分		ウ	

- ・受給者の口座に振り込みをご希望される場合、①②③は同一人となります。
- ・保護者が申請(本人が18歳未満)する場合は①②が保護者となります。

受給者以外の口座への振り込みをご希望される場合は、申請書下の「委任状」の欄にも
ご記入が必要です。

<委任状欄の記載方法>
委任者(受給者):③「受診者氏名」と同一としてください。
受給者が自署する必要がありますが、自署が難しい場合は代筆し、
代筆者署名もご記入ください。
受任者(申請者):①「申請者氏名」及び②「口座名義人」と同一としてください。