決裁	課　長	課長補佐	係　長	係　員

様式第１０号

心身障害者医療費　一部負担限度額差額給付申請書

受給者番号		生年月日	昭・平　　年　　月　　日
受給者氏名			
所得区分	一定以上　・　一般　・　低所得Ⅱ　・　低所得Ⅰ		
保険者名（保険者番号）			
被保険者証の記号・番号			

私が支払った医療費の中で，一部負担限度額差額給付に該当する医療費の給付を申請します。

なお，私の医療費において，笠岡市が把握した医療費に心身障害者医療費一部負担限度額差額給付に該当するものがあるときは，この申請書を当該申請書としてください。

また，支払った医療費は，第三者の行為によって生じた病気やけがで診療を受けたものではありません。

この申請に基づき支給決定した給付金の請求に関することは，笠岡市市民生活部市民課長に委任します。

給付金は下記口座に振り込んでください。

給付金に差異が生じた場合は，次回の給付金で精算してください。なお，精算ができない場合は，その差額を返還します。

令和　　年　　月　　日

笠 岡 市 長　殿

㊞

申請者　住　所　笠岡市

氏　名　　㊞

電話番号

代理人が申請をする場合
受給資格者との続柄

振込指定金融機関	名　称		銀行・信金 信組・農協	支店・支所	本店・支店 支所・出張所
	種　別	普通　・　当座	フリガナ		
	口座番号		口座名義人		