

**【記入例】**

1. ひとり親家庭  
 松山市 ② 重度心身障害者 医療費支給申請書  
 3. 子 ども

(宛先) 松 山 市 長

例が記入されていない箇所は、原則、記入不要です。

申請者  
 1. ひとり親 …家庭主  
 2. 重 心 …受給者（受給者が20歳未満の場合は保護者）  
 3. 子 ども …受給資格者  
 ※それぞれ受給者証を確認してください。

重心受給者本人の住所・氏名  
 (20歳未満は保護者、死亡時は相続人)

住所 松山市二番町四丁目7番地2

押印不要

氏名 松山 太郎

(電話 自宅・勤務先・携帯電話 080-1234-5678)

米庁者：

本人確認欄 [ ]

○学校等でのけがですか はい・いいえ

※学校等でけがをし、日本スポーツ振興センターの給付対象となる場合は申請できません。

緑色の受給者証に記載の番号

○交通事故によるものですか はい・いいえ

○限度額適用認定証を使用しましたか はい・いいえ

医療費について次のとおり申請します。

療 養 費 種 別		受給者番号	6	1	2	3	4	5	6
診療年月	令和 7 年 3 月	診療・看護・装具・柔整・マッサージ	6	1	2	3	4	5	6
受 取 金融機関	城山 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店(所) <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input checked="" type="checkbox"/> 堀端 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 農 協 <input type="checkbox"/> 出張所	口座種別	0	0	9	8	7	6	5
	口座番号	1. 普通 2. 当座	0	0	9	8	7	6	5
	フリガナ	マツヤマ	ハナコ						
	座名義人	松山	花子						
※			※支払区分			①. 口座払			

申請者本人以外の口座の場合は、裏面の「委任状」への記入が必要

○上記の太枠内に記入してください。(※欄は記入しないでください。)

○下記の太枠内は医療機関で証明をもらう際に御使用ください。なお、点数等記載のある領収書が

右詰めで記入・先頭は必ずゼロ埋め

○申請者と口座名義人が異なる場合は委任状、申請者が死亡の場合は念書が必要です。(裏面)

○月別、医療機関別、入院・外来別、受給者別に申請してください。

保 険 機 関 等 証 明 欄	受給者氏名		加入医療保険 保険者番号								
	大・昭・平・令 年 月 日 (男・女)				一部負担金の		1		2・3		
	加入医療保険 被保険者証 記号 番号	令和 年		令和 年		更生・育成・疾病・その他		3・4・5・6		円	
	診療 期間	1. 入院 2. 外来	令和 年		令和 年		添付がない場合は、医療機関等からこの欄へ証明をもらう 必要があります。詳細はお問い合わせください。				
機 関	保険診療総医療費 (総診療報酬点数×10)										
等 証 明 欄	上記のとおり証明します。				年 月 日						
	※	医療機関コード		所在地		別紙証明書添付					
		(医療機関コードは必ず記入して下さい。)		名 称							
		診療科名：総合病院の場合は必ず記入して下さい。 ( 科 )		氏 名							

医療機関等での支払いの内訳がわかる領収書等の添付がある場合は、申請書下半分への記入は必要ありません。

添付がない場合は、医療機関等からこの欄へ証明をもらう必要があります。詳細はお問い合わせください。

記入しないでください。

診療科

付 加  
給付額

高 額  
療養費

助成額

# 委任状

令和 7年 5月 10日

(宛先) 松山市長

表面の受取口座名義が申請者本人  
以外の場合のみ、この欄へ記入が必要

当該申請により松山市より支払いを受ける ひとり親家庭  
重度心身障害者 医療費について、  
子ども  
表記の預金口座に振込みすることを委任します。

委任者 (申請者)	受任者 (口座名義人)
住所 松山市二番町四丁目7番地2	住所 松山市三番町四丁目7番地2
氏名 松山 太郎	氏名 松山 花子

押印不要

## 念書

(宛先) 松山市

受給者が死亡している場合のみ記入が必要。  
表面の申請者も相続人名義となり、場合によっ  
て戸籍等の写しが必要になります。  
詳しくは事前にお問い合わせください。

年 月 日

相続人 住所.....

氏名.....

続柄.....

年 月 日 の死亡により、下記医療費の申請および  
受領について、相続人の間で異議が生じて、私が全責任をもって解決し、松山市には一切  
ご迷惑はおかけいたしません。

記

ひとり親家庭・重度心身障害者・子ども医療費

年 月分