

大阪府指定疾患医療援助金給付申請書(新規・更新)

患 者	フリガナ			生年月日	年	月	日
	氏 名						
	住 所	〒 電話 ()					
	加入医療保険	1. 社会保険(被保険者) 2. 社会保険(扶養家族) 3. 国民健康保険 4. 国民健康保険組合 5. 後期高齢者医療	保険者の名称				
			記号・番号		記号	番号	
資格取得年月日							
他の医療費助成の有無	有 ・ 無 (有の場合 医療証名称) ※国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付を受けている方は給付を受けられません。						

申 請 者	氏 名			申請者は患者本人、 または患者が18歳未満の場合その保護者となります。		
	住 所	〒 電話 ()				

医療援助金振替口座 ※更新申請の場合、変更がなければ記入不要	金融機関名			支店名	
	口座種別	総合 ・ 普通 ・ 当座		口座番号	
	口座名義人				

大阪府指定疾患医療援助事業実施要綱に基づき、医療援助金の給付を申請します。
なお、本申請内容に関して加入医療保険者や公的機関に大阪府が必要な情報を求めることに同意いたします。

大 阪 府 知 事 様

年 月 日

注) 1. 該当箇所を○で囲んで下さい。
2. 医療援助金送金用振替口座は、患者又は申請者名義のものを指定してください。
3. 申請書提出時には、必ず下記書類を添付してください。
 (1) 初回請求書(様式3-1)(新規申請時のみ)
 (2) 医療保険の資格情報が確認できる資料の写し
 (「健康保険証」又は「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」の写し等)
 (3) 住民票又は住所が確認できる公的証明書(運転免許証、マイナンバーカード表面等)の写し
4. 提出先
 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課難病認定グループ
 〒540-8570 大阪府中央区大手前2丁目
 電話:06-6941-0351