

委任状が**必要**となる場合

- ① 医療機関を受診した者以外の者(保護者等)が申請及び振込先の希望を行う場合は、「委任状1」が必要です。

様式第1号(第7条関係)

かなん医療・U-22助成申請書

河南町長 様 年 月 日

申請者 氏名 住所 電話番号

かなん医療・U-22医療費の助成に関する要綱第7条第1項の規定により、次のとおり助成を申請します。

申請にあたり、かなん医療・U-22医療費の助成に必要な範囲で、住民基本台帳等の情報及び保険情報について、町が公簿等による確認を行うこと、並びに関係機関に照会することに同意します。

受診者	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
振込先	口座名義人 (カタカナ)	支店 本店 金融機関 出振所	
	預金種目	普通預金・当座預金	口座番号

◆医療機関が発行した領収書など、
医療に要した費用がわかるものを必ず
添付してください。

(※1) 治療用器具や高額療養費に該当する場合
健康保険組合などが発行した支給決定書、
医師が発行した証明書などが必要です。

(※2) 健康保険証、マイナンバーカード(表面)、運転免許証、
年金手帳またはパスポートなどの公的証明書のことです。

(町審査欄)

チェック 項目	年齢	領収書等	本人確認 書類
	☐	☐	☐
区 分	診療年月	金額(点数)	自己負担額
			円

※委任状の様式は任意形式です。河南町で作成した様式の空欄にご記入のうえ、提出していただいても構いません。

- ② ①と同様に受診者以外の者が申請を行い、申請者と振込先口座が異なる場合、「委任状2」が必要です。

様式第1号(第7条関係)

かなん医療・U-22助成申請書

河南町長 様 年 月 日

申請者 氏名 住所 電話番号

かなん医療・U-22医療費の助成に関する要綱第7条第1項の規定により、次のとおり助成を申請します。

申請にあたり、かなん医療・U-22医療費の助成に必要な範囲で、住民基本台帳等の情報及び保険情報について、町が公簿等による確認を行うこと、並びに関係機関に照会することに同意します。

受診者	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
振込先	口座名義人 (カタカナ)	支店 本店 金融機関 出振所	
	預金種目	普通預金・当座預金	口座番号

◆医療機関が発行した領収書など、
医療に要した費用がわかるものを必ず
添付してください。

(※1) 治療用器具や高額療養費に該当する場合
健康保険組合などが発行した支給決定書、
医師が発行した証明書などが必要です。

(※2) 健康保険証、マイナンバーカード(表面)、運転免許証、
年金手帳またはパスポートなどの公的証明書のことです。

(町審査欄)

チェック 項目	年齢	領収書等	本人確認 書類
	☐	☐	☐
区 分	診療年月	金額(点数)	自己負担額
			円

委任状が不要の場合

- ① 医療機関を受診した者(本人)が、申請を行う場合は振込先に関わらず委任状が不要です。
- ② 振込先が医療機関を受診した者(本人)であれば、申請者に関わらず委任状は不要です。

様式第1号（第7条関係）

かなん医療・U－22助成申請書

河南町長 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

電話番号

かなん医療・U－22医療費の助成に関する要綱第7条第1項の規定により、次のとおり助成を申請します。

申請にあたり、かなん医療・U－22医療費の助成に必要な範囲で、住民基本台帳等の情報及び保険情報について、町が公簿等による確認を行うこと、並びに関係機関に照会することに同意します。

受診者	フリガナ	本人	生年月日	年 月 日	生 歳
	氏 名	本人			
	住 所	河南町			
振込先	口座名義人（カタカナ）	◆申請者及び口座名義人が受診者と異なる場合等、委任状の添付が必要です。			
	金融機関	銀行 協信 信 組	支 店	本 店	出 振 所
	預金種目	普通預金・当座預金	口座番号		

◆医療機関が発行した領収書など、医療に要した費用がわかるものを必ず添付してください。

（※1）治療用器具や高額療養費に該当する場合健康保険組合などが発行した支給決定書、医師が発行した証明書などが必要です。

（町審査欄）

チェック項目	年齢	領収書等	本人確認書類		
	☐	☐	☐		
区 分	診療年月	金額（点数）	自己負担額	給付決定額	備 考
			円	円	

郵送で申請を行う場合、（※2）申請者の本人確認書類の写しをここに貼り付けてください。

（※2）健康保険証、マイナンバーカード（表面）、運転免許証、年金手帳またはパスポートなどの公的証明書のことです。

様式第1号（第7条関係）

かなん医療・U－22助成申請書

河南町長 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

電話番号

かなん医療・U－22医療費の助成に関する要綱第7条第1項の規定により、次のとおり助成を申請します。

申請にあたり、かなん医療・U－22医療費の助成に必要な範囲で、住民基本台帳等の情報及び保険情報について、町が公簿等による確認を行うこと、並びに関係機関に照会することに同意します。

受診者	フリガナ	本人	生年月日	年 月 日	生 歳
	氏 名	本人			
	住 所	河南町			
振込先	口座名義人（カタカナ）	◆申請者及び口座名義人が受診者と異なる場合等、委任状の添付が必要です。			
	金融機関	銀行 協信 信 組	支 店	本 店	出 振 所
	預金種目	普通預金・当座預金	口座番号		

◆医療機関が発行した領収書など、医療に要した費用がわかるものを必ず添付してください。

（※1）治療用器具や高額療養費に該当する場合健康保険組合などが発行した支給決定書、医師が発行した証明書などが必要です。

（町審査欄）

チェック項目	年齢	領収書等	本人確認書類		
	☐	☐	☐		
区 分	診療年月	金額（点数）	自己負担額	給付決定額	備 考
			円	円	

郵送で申請を行う場合、（※2）申請者の本人確認書類の写しをここに貼り付けてください。

（※2）健康保険証、マイナンバーカード（表面）、運転免許証、年金手帳またはパスポートなどの公的証明書のことです。