

福祉医療費支給申請書

美濃加茂市長 宛

重度心身障害者
乳幼児等
母子家庭等
父子家庭
年 月 日

申請者	住所	美濃加茂市
	氏名	
	電話番号	
受給資格者 (患者名)	受給資格者番号	—
	氏名	

年 月中に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。

保険医療機関等証明欄
(10割自費診療の場合には、この証明を書かないでください。)

1 入院	1 国保	1. 7割	3. 9割
2 入院外	2 社保		
3 訪問看護	3 退職者	2. 8割	4. 定額
	4 後期高齢者		
診療月		年 月分	
保険総点数		点	
上記のうち他法公費負担対象点数(再掲)		点	
一部負担額(患者負担額)		円(点)	
上記金額は、領収済であることを証明する。			
年 月 日		医療機関名	所在地 名称 開設者名
			印

決裁	市長	副市長	部長	課長	係長	係	受付 決定 支給	年 月 日
	専 決							年 月 日
支給 内 訳	総医療費 A		控除額の内訳				支給決定額 A-D	
		法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 (B+C)D				

○振込先 (初めて申請される方のみご記入ください)

金融機関名	支店名	口座番号	口座名義 (フリガナ)
銀行 農協 信用金庫 信用組合	支店	普・当	