様式第６号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 年　　月　　日 |  | 決裁 | 課長 | 係長 | 係員 | 担当 |
|  |  |  |  |
| 福祉医療費支給申請書美濃加茂市長　（氏名）　宛 | 重度心身障害者　□　母子家庭等　□乳幼児等　□　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 | 受給資格者番号 | 　　　－ |
| 氏名 |  |

**○振込先（　新規　・　変更　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 本・支店名 | 口座番号 | 口座名義（フリガナ） |
| 銀行農協信用金庫信金組合 | 本店支店出張所 |  |  |

年　　月から　　年　　月の間に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。（領収書添付　有・無）

|  |
| --- |
| 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。） |
| 診療区分 | １　入院　　２　入院外　　３　訪問看護 |
| 保険 | １　国保　　２　社保　　　３　退職者　　４　後期高齢者 |
| 給付率 | １　７割　　２　８割　　　３　９割　　　４　定額 |
| 保険総点数 | 公費負担対象点数(再掲) | 一部負担額 | 支給内訳（市記入欄） |
| 総医療費 | 法定保険給付額 | 附加給付等 | 支給決定額 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合計額 | 円 |
| 上記金額は、領収済であることを証明する。　　所在地年　　　月　　　日　　　　医療機関名　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |