

福祉医療費支給申請書

一般診療・補装具・その他

受給資格者氏名		受給資格者証番号											
保険種別	国保	社保	後期高齢	記号番号		生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日			
(あて先)下仁田町長 別添の領収書又は保険診療証明書のとおり診療等を受けたので、福祉医療費助成金の支給を申請(請求)します。 年 月 日 申請者(保護者) 住所 受給資格者との関係() 氏名 電話番号 来庁者 住所 申請者との関係() 氏名 電話番号 ただし、上記受給資格者に係る 年 月～ 年 月分 福祉医療費助成金 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">申請額 (請求額)</td> <td style="width: 200px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>											申請額 (請求額)		円
申請額 (請求額)		円											
振り込み先													
銀行 信金 信組 農協		本店 支店 本所 支所		預金種別	普通・当座・貯蓄			名義人	カナ				
				口座番号				漢字					

診療		保険診療 総点数	窓口徴収額 (入院時生活療養費標準負担額は除く)		
年月	日数等		一部負担金	入院時食事療養 費標準負担額	他方による 費用徴収額
年 月	入 日	点	円	円×回 = 円	円
保険点数×10×割		円	決定金額		円
診療		保険診療 総点数	窓口徴収額		
年月	日数等		一部負担金	入院時食事療養 費標準負担額	他方による 費用徴収額
年 月	入 日	点	円	円×回 = 円	円
保険点数×10×割		円	決定金額		円
診療		保険診療 総点数	窓口徴収額		
年月	日数等		一部負担金	入院時食事療養 費標準負担額	他方による 費用徴収額
年 月	入 日	点	円	円×回 = 円	円
保険点数×10×割		円	決定金額		円

・診療内容について証明できる書類(医療機関が発行した診療明細書等)を添付した場合には、記入を省略できます。また、社会保険等に加入している方で、補装具の申請や高額療養費が発生する場合は、その支給額が分かる書類等を添付してください。

(裏)

診療		保険診療 総点数	窓口徴収額		
年月	日数等		一部負担金	入院時食事療養 費標準負担額	他方による 費用徴収額
年月	入外 日	点	円	円×回 = 円	円
保険点数×10×割		円	決定金額 円		
診療		保険診療 総点数	窓口徴収額		
年月	日数等		一部負担金	入院時食事療養 費標準負担額	他方による 費用徴収額
年月	入外 日	点	円	円×回 = 円	円
保険点数×10×割		円	決定金額 円		
診療		保険診療 総点数	窓口徴収額		
年月	日数等		一部負担金	入院時食事療養 費標準負担額	他方による 費用徴収額
年月	入外 日	点	円	円×回 = 円	円
保険点数×10×割		円	決定金額 円		
診療		保険診療 総点数	窓口徴収額		
年月	日数等		一部負担金	入院時食事療養 費標準負担額	他方による 費用徴収額
年月	入外 日	点	円	円×回 = 円	円
保険点数×10×割		円	決定金額 円		
診療		保険診療 総点数	窓口徴収額		
年月	日数等		一部負担金	入院時食事療養 費標準負担額	他方による 費用徴収額
年月	入外 日	点	円	円×回 = 円	円
保険点数×10×割		円	決定金額 円		
診療		保険診療 総点数	窓口徴収額		
年月	日数等		一部負担金	入院時食事療養 費標準負担額	他方による 費用徴収額
年月	入外 日	点	円	円×回 = 円	円
保険点数×10×割		円	決定金額 円		