

様式第1号(第2条関係)

高齢期移行者
障害者
乳幼児等
子ども等

福祉医療費支給申請書

受給者の氏名・性別	男・女	受給者 番号	
受給者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
保険者の名称 (保険者番号)	()	保険種別	国保・社保
被保険者証の記号番号	記号	番号	
療養の給付を受けることが できなかった理由	1 証未提示 2 県外受診 3 補装具	診療月	年 月分
	4 アンマ・ マッサージ 5 ハリ・灸 6 その他		
振込金融機関名	預金種別	1 普通 2 当座	
銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 出張所 農業協同組合	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		
加東市長 様			
上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。			
年 月 日			
住所			
申請者			
氏名			
電話番号 () —			

- ※ 添付書類 ・保険医療機関等において発行された領収書
・医療保険が療養費払いの場合には、療養費支給明細書
・家族療養費付加金等がある場合は、付加給付等支給額証明書

下記のとおり決定します。

福祉医療費支給決定額	円
------------	---

国保同時申請 有・無

支給内容内訳

医療機関・薬局等の名称	診療年月日	日数	表別	入外区分	総医療費	療養費等 保険者給付額	本人支払額 (1・2・3割)	付加給付額 高額療養費	一部負担金	支給決定額
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
	年 月 日から 年 月 日まで		医科 歯科 調剤	入院 ・ 外来	点×10円	(年 月 日支給)				
合 計										(年 月 日支給)