

福 医療福祉費支給申請書

振込先金融機関名	銀行	支店 普通 ・ 当座
フリガナ 口座名義人名		口座 番号

公費負担者番号 受給者番号			受給者名	
保険者名及び 被保険者証 記号番号			生年月日	年 月 日

医療機関等の 所在地及び 名称又は氏名				
---------------------------	--	--	--	--

医療等 の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コルセット その他 ()	医療等を受 けた期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
------------	---	-------------------	----------------------

医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)	
---------------------------------	--

上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。

年 月 日

坂 東 市 長 様

申請者 住所
 受給者又 氏名
 は保護者 ⑩
 TEL (- -)

(注)

1. 添付書類
 - ①医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書若しくは調剤明細書
 - ②高額療養費・附加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給額証明書
2. 申請者が医療機関等で支払った金額から、外来自己負担金額、入院自己負担金額、食事療養費標準負担額、他法による公的負担額及び高額療養費等を控除した額が支給されます。
3. ※欄は市町村で記入します。

※ 保 険 診 断 の 合 計 額
円

支 給 内 訳		法定負担額	患者負担割合金額			
		円	円	円	円	
	控 除 額 内 訳		外来自己負担金額	円	入院自己負担金額	円
			他法公費負担額	円	標準負担額	円
			附加給付額	円	高額療養費	円
		交付決定額	円			

枠内は必ず記入してください。