

医療福祉費・すこやか医療費 支給申請書

振込先金融機関を記入。

振込先金融機関名	〇〇	銀行・金庫 信組・農協	〇〇	本店(支店) ()	普通	当座
フリガナ 口座名義人名	バンドウ タロウ			口座 番号	1234567	

助成を受けようとする方(受給者)の 氏名および生年月日を記入。	受給者名	坂東 茶々子			
	生年月日	令和 2 年 3 月 4 日			

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

医療等 の内容	内科・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 令和 3 年 7 月 31 日 坂東市長様	受給者(子の場合は保護者)の住所、氏名、日中連絡のつく電話番号を記入。 申請者 受給者又 は保護者 住所 坂東市〇〇番地 氏名 坂東 太郎 TEL (〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)
--	---

(注) 1. 添付書類

申請にあたっての注意事項

- 医療機関毎に申請書をご用意ください。
複数回の受診でも同一医療機関であれば申請書は1枚で結構です。
ただし、同一の医療機関でも入院と外来がある場合は、申請書を分けてご用意ください。
(例:『A病院について、3か月前に入院した領収書が1枚と過去5か月間に月1で外来受診した領収書が5枚、A病院の処方箋でかかったB調剤薬局とC調剤薬局の領収書が1枚ずつ』といった場合に必要な申請書は、A病院の入院1枚、外来1枚、B薬局1枚、C薬局1枚の合計4枚です。)
- 領収書は、診療を受けた者の氏名、診療年月日、保険点数、領収金額が記載されていることを確認のうえ、原本を添付してください。領収書の返却を希望される場合は、申請書枠外上部に『領収書返却希望』と赤字でご記入ください。支給決定時に返却いたします。
- 社会保険の方で、医療費が高額になり、あとから高額療養費や付加給付金の支給を受けられる場合は、その支給を待って申請してください。支給後、領収書に支給額のわかる通知書等の写しを添えて申請してください。
- 申請は診療を受けた月の翌月以降、診療日より5年間可能です。
- 申請から支給決定まで3か月程度かかります。

枠内は必ず記入してください

記

交付決定額

円