

(様式第4号)

医 療 福 祉 費 支 給 申 請 書					
公費負担者番号					
受給者番号					
受給者氏名	男女				
保険者名及び被保険者証 記号番号		生年月日	明・大 昭・平	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	平成 年 月 日から 平成 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)				円	
上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。 平成 年 月 日 大子町長 様 申請者住所 大子町大字 (受給者又は 保護者等) 氏名 ⑩					
(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。					
(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 ② 高額療養費・付加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書 2 申請書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、 他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。 3 ※欄は、市長村で記入します。					
※ 支 給 内 訳	領収書等の金額		患者負担割合金額	標準負担額	
	円		① 円	② 円	
	控 除 額 内 訳	外来又は入院自己負担金額	円	付加給付額	円
		他法公費負担額	円	その他	円
		高額療養費	円	④ 控除額計	円
交付決定額		①+②+③-④		円	

記入例 ※ 赤字の部分のみ記入して下さい。

※ 申請書は、医療機関ごと及び月ごとの枚数が必要になります。

(様式第4号)

医療福祉費支給申請書				
公費負担者番号		受給者氏名	大子 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">男</span> 女	
受給者番号		生年月日	明・大 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭</span> ・平 27 年 1 月 1 日	
保険者名及び被保険者証 記号番号				
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	平成 年 月 日から 平成 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)				円
上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。 平成 27 年 4 月 1 日 大子町長 様 申請者住所 大子町大字大子 8 6 6 (受給者又は 保護者等) 氏名 大子 花子 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">大子</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">※ 登録口座の名義人氏名</span> (注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。				
(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 ② 高額療養費・付加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書 2 申請書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、 他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。 3 ※欄は、市長村で記入します。				

※ 支給 内 訳	領収書等の金額		患者負担割合金額	標準負担額	
		円	① 円	② 円	③ 円
	控除 額 内 訳	外来又は入院自己負担金額	円	付加給付額	円
		他法公費負担額	円	その他	円
		高額療養費	円	④ 控除額計	円
	交付決定額	①+②+③-④		円	