

(福) 医療福祉費支給申請書

(福) 受給者証 記号番号		受給者氏名	
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)			円

上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。

年 月 日

結城市長 様

電話

申請者 住 所 結城市

(受給者又

は保護者) 氏 名

(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・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、地方による公費負担金額、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。

※ 支 給 内 訳	領収書等の金額		患者負担割合金額		
			①	②	③
	円		円	円	円
	控 除 額 内 訳	外来自己負担金		附加給付額	円
		他法公費負担金		そ の 他	円
高額療養費			控除額計 ④	円	
	交付決定額		①+②+③-④ 円		