

福 医療福祉費支給申請書

公費負担者番号		受給者氏名	男 女
保険証記号番号及び保険者名とその番号		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いたします。 平成 年 月 日 潮来市長 様 申請者 住 所 (受給者及び保護者) 氏 名 印 (自筆にて署名した場合、押印は必要ありません) 連絡先			
口座振込先	金融機関名	銀行・信金・農協	支店 普・当・貯
※以前に口座を記載して申請している場合は省略できます。	口座番号	名義人氏名 (カガ)	
(注) 1. 添付書類 ① 医療機関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、外来自己負担金額及び他法による公費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。			

※支給内訳	領収書等の金額	患者負担割合金額	薬剤一部負担金額	標準負担額
		①	②	③
		円	円	円
	控除額内訳	外来自己負担金額	附加給付金	円
		他法公費負担額	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