

有効期間 年 月 日
年 月 日

医療福祉費支給申請書

公費負担者番号		受給者氏名	男女
受給者番号		生年月日	
被保険者証 記号番号		保険種別	
		保険者名	
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 (点)	
<p>上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">守 谷 市 長 あて</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 (受給者又は保護者) 電話番号 氏 名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>			
<p>(注意) 1. 添付書類</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>3. ※欄は、市町村で記入します。</p>			

※支払額内訳	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		附加給付額		円
	他法公費負担額	円	そ の 他		円
高額療養費	円	控除額計 ④		円	
	交付決定額	① + ② + ③ - ④		円	