

支給決議書	同 年 月 日	令和 年 月 日	支給決定金額		
	決 裁 年 月 日	令和 年 月 日			
	課 長	参事・補佐	係 長	係 員	担当者
	支 払 期 日				
令和 年 月 日					

## 福祉医療費支給申請書

医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等					
氏名	年 月 日生	保 險 区 分	・被用者保険 本人・家族	対象区分番号	
			・組合国保 一 般	受給者番号	
		・市町村国保 一 般	・後期高齢 退 (本人・家族)		
保 險 者 名		記号	番 号		
医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称(氏名)及び所在地(住所)			病院等の名称 所在地		
入院・入院外の別	入院・入院外	医療を受けた期間	自 至	月 日 月 日	日間
申 請 事 由					
高額療養費限度額に係る所得区分		ア・イ・ウ・エ・オ/現(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)・一般・低(Ⅱ・Ⅰ)			
付加給付金の有無		有・無	公費負担医療等他の医療費助成利用の有無		有・無
同じ被用者保険加入者で、同月に医療を受けているか(その者が70歳未満の場合は、1つの医療機関で21,000円以上の自己負担があった場合に限る)					有・無
過去12ヶ月以内に高額療養費の支給が3回以上あったか(※不明の場合は保険者に確認の上記入してください)					有・無
療 養 給 付 費 の 総 額 A			円		
自 己 負 担 金		A × / 100 -		高額療養費付加給付金 円	
福祉医療費支給申請(決定)額			円		
上記のとおり福祉医療費の支給を申請します。					
令和 年 月 日					
申請者 住所					
氏名					
三種町長様 (自署もしくは記名押印)					
支払方法	1. 窓 口 払 い				
	金融機関名		銀行・信金・農協 本店 支店・所		
	2. 口 座 振 込		口座番号 普通・当座		
		口座名義			



受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金の受領を代理人に委託します。                      令和    年    月    日	
	(自署もしくは記名押印)	
	代理人の 住    所	
	代理人の 氏    名	(自署もしくは記名押印)

受付日付印