

福祉医療費支給申請書

年 月 日

綾部市長様

申請者 住所 綾部市

氏名 _____ (印)
(電話 _____)

申請額	金 _____ 円
-----	-----------

上記のとおり、 _____ 年 _____ 月分の福祉医療費の支給を申請します。

受給者氏名		診療	
生年月日	年 月 日	年月	年 月 診療分
医療を受けた 医療機関名		診療 内容	一般（入院、外来） 歯、調、装具、その他
医療受給者証	障害 ・ ひとり親	番 号	
加入医療保険	国・国組・協・組合・共	記号番号	

支給決定額は、次の金融機関へ振り込んでください。

振込 口座	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	普通、当座 No.	ﾌﾘｶﾞ 名義
----------	------------------	----------	--------------	------------

上記の医療費の受領を _____ に委任します。

年 月 日

申請者氏名 _____ (印)

決 裁	課 長	担当長	担 当	起 案	支給決定年月日	
				年 月 日 起案者 _____ (印)		
積 算	総医療費 (_____ 点) 円	自己負担額 ① 円	高額療養費 ② 円	附加給付額 ③ 円	一部負担金 ④ 円	支給決定額 ①－②－③－④ 円