

(様式第4号)

## 医療福祉費支給申請書

|                                                                                                                                                                              |                                              |   |               |    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---|---------------|----|-----|
| 受給者証<br>記号番号                                                                                                                                                                 |                                              |   | 受給者氏名         |    |     |
| 保険者名及び<br>被保険者証<br>記号番号                                                                                                                                                      |                                              |   | 生年月日          |    |     |
| 医療機関等<br>の名称                                                                                                                                                                 |                                              |   |               |    |     |
| 医療等の内容                                                                                                                                                                       | 医科・歯科・調剤・柔整・輸血<br>訪問看護ステーション・コルセット<br>その他（ ） |   | 診療等を受<br>けた時期 | 平成 | 年 月 |
| 医療機関等で支払った金額<br>(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。<br>平成 年 月 日<br>筑西市長 殿<br>申請者（受給者又は保護者） 住所<br>氏名 印<br>電話番号                                                                                              |                                              |   |               |    |     |
| (注) 1. 添付書類<br>医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書。<br>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。<br>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、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。<br>3. 欄は、市で記入します。 |                                              |   |               |    |     |

|                  |                       |               |                          |                                                                        |                   |
|------------------|-----------------------|---------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 支<br>給<br>内<br>訳 | 外 来 ・ 入 院 区 分         |               | 入   院   日   数            | 患 者 負 担 金 額                                                            | 標 準 負 担 額 の 1 / 2 |
|                  | 外 来   ・   入   院       |               | 日                        | 円                                                                      | 円                 |
|                  | 控<br>除<br>額<br>内<br>訳 | 外来自己負担金額      | 円                        | 入 院 自 己 負 担 金 額                                                        | 円                 |
|                  |                       | 他 法 公 費 負 担 額 | 円                        | 附   加   給   付   額                                                      | 円                 |
|                  |                       | 高 額 療 養 費     | 円                        | そ                      の                      他                        | 円                 |
|                  |                       |               |                          | 控                      除                      額                      計 | 円                 |
| 交 付 決 定 額        |                       |               | +                      - |                                                                        |                   |

- 振込先 -

|              |       |  |      |
|--------------|-------|--|------|
| 口座<br>座<br>名 | 銀 行 名 |  |      |
|              | 口座名義人 |  | 口座番号 |