

(様式第4号)

医療福祉費支給申請書

受給者証 記号番号		受給者氏名	
保険者名及び 被保険者証 記号番号		生年月日	
医療機関等 の名称			
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()	診療等を受 けた時期	年 月
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		
上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。 年 月 日 筑西市長 殿 申請者 (受給者又は保護者) 住所 氏名 印 電話番号			
(注) 1. 添付書類 医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書。 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、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。 3. 欄は、市で記入します。			

支給 内 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
控 除 額 内 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		+ -		円

- 振込先 -

口座 名	銀行名		
	口座名義人		口座番号