様式第３号（第４条関係）

筑西市はぐくみ医療費支給申請書

受給者証記号番号		受給者氏名	
保険者名及び被保険者等記号・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　様

申請者（受給者又は保護者）　住所

氏名

電話番号

（注）１．添付書類
①医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書
②高額療養費・附加給付費等がある場合は、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	①　　円	②　　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	③　　円
交付決定額			①＋②－③　円		

―　振込先　―

口座名	銀行名			
	口座名義人		口座番号	