

# 福祉医療費支給申請書

( 障害者・乳幼児・母・子・寡婦 )

年 月 日

平戸市長 様

下記のとおり、福祉医療費の支給を申請します。

申請者 ・ 受給者	氏名	印		患者氏名 ( 児童の場合 )			
	住所	平戸市 町 番地		電話 ( - )			
	受給者証 記号番号			患者 ( 受給者 ) 生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
	加入保険 の名称	被保険者		記号 番号			
	他の世帯員 の受診 状況	氏名		医療 機関名	入院 外来	支払 金額	円
		氏名		医療 機関名	入院 外来	支払 金額	円
高額医療支 払回数	回						
診 療 報 酬 証 明 書							
医療 機 関 記 入 欄	診療月	年 月分		患者氏名		男・女	
	保険診療総 点数	入院点数 点 当月入院 日	外来点数 点 当月外来日数 日				
	保険診療 に対する 負担金	入院 円	外来 円 薬剤一部負担金 円	医療機関の 所在地 / 名称 / 医師名			
	老人保健法 による一部 負担金	当月入院日数 日 負担金額 円	当月外来日数 日 負担金額 円 薬剤一部負担金 円				
	公費医療 負担金			円	印		
支 給 決 定 欄							
	一部負担金 ( A )	高額医療費 ( B )	付加給付額 ( C )	自己負担額 ( D )	支給額 ( A-B-C-D ) E		
入 院	円	円	円	円	円		
外 来 ( 薬剤 )	円	円	円	円	円		
	円	円	円	円	円		
計	円	円	円	円	円		

- 注1 印の欄は申請者が記入してください。  
 他の世帯員の受診状況欄は21,000円以上を同月内に支払ったものについて記入してください。  
 高額医療費支払い回数欄は24,600円以上を過去12ヶ月以内に世帯全員で支払った回数を記入してください。
- 2 医療機関記入欄は、医療機関において記入してください。  
 障害による老人保健法適応者にあたっては、「老人保健法による一部負担金」の欄に記入してください。
  - 3 更正医療、特定疾病病療養等の一部負担金については、「公費医療負担金」の欄に記入してください。
  - 4 記名押印に代えて署名することができます。