

様式第4号（第6条関係）

医療福祉費支給申請書				
受給者証 記号番号		受給者氏名		男 女
保険者名及び 被保険者証 記号番号		生年月日	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 日から 年 月 日まで	
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 かすみがうら市長 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 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		
	控 除 額 内 訳	外来・入院	日	① 円	② 円
		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
	交付決定額	①+②-③			円

- 振込先 - 支給については下記金融機関への振込を依頼します。

口座名	金融機関		
	口座名義人		口座番号