

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		
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 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		
		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		
	外来・入院		日	① 円	② 円	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 — 支給については下記金融機関への振込みを依頼します。

口座 名	金融機関		
	口座名義人		口座番号