

様式第6号（第4条関係）

| | |
|-----|-------|
| 決 裁 | 年 月 日 |
|-----|-------|

| | | | | |
|-----|----|----|----|----|
| 決 裁 | 課長 | 係長 | 係員 | 担当 |
| | | | | |

福 祉 医 療 費 支 給 申 請 書

重度心身障害者 母子家庭等
 乳幼児等 父子家庭

美濃加茂市長 あて

年 月 日

| | | |
|-------|---------|-------|
| 申請者 | 住 所 | 美濃加茂市 |
| | 氏 名 | |
| | 電 話 番 号 | |
| 受給資格者 | 受給資格者番号 | - |
| | 氏 名 | |

○振込先（新規・変更）

| 金融機関名 | 本・支店名 | 口座番号 | 口座名義（フリガナ） |
|-------|-------|------|------------|
| 銀行 | 本店 | | |
| 農協 | 支店 | | |
| 信用金庫 | 出張所 | | |
| 信金組合 | | | |

令和 年 月から令和 年 月の間に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。
 （領収書添付 有・無）

| 保険医療機関等証明欄（10割自費診療の場合には、この証明を書かないでください。） | | | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------|-------|
| 診療区分 | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 入院外 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | | | |
| 保 險 | <input type="checkbox"/> 国保 | <input type="checkbox"/> 社保 | <input type="checkbox"/> 退職者 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者 | | |
| 給 付 率 | <input type="checkbox"/> 7割 | <input type="checkbox"/> 8割 | <input type="checkbox"/> 9割 | <input type="checkbox"/> 定額 | | |
| 保険総点数 | 公費負担対象 点数(再掲) | 一部負担額 | 支給内訳（市記入欄） | | | |
| | | | 総医療費 | 法定保険給付額 | 附加給付等 | 支給決定額 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | 合計額 円 | | | |

上記金額は、領収済であることを証明する。

所在地

年 月 日 医療機関名 名称

開設者名 印