

様式第7号(第5条関係) 太枠を記入し、提出してください。

**福祉医療費支給申請書**(子ども・重度・母子家庭等・父子家庭)

年 月 日

(宛先)各務原市長	申請者	住 所	各務原市	
		氏 名		
		電話番号		
	受給資格者 (患者名)	氏 名		
		生年月日	年 月 日	
		受給者番号	—	
加入医療保険		口座振込先		
被保険者名		金融機関名	銀行・信金 信組・農協	
保険者名		支店名	支店	
資格取得年月日		店番		
保険者番号		ふりがな		
記号・番号		口座名義		
		口座番号		

年 月中に診療等を受けましたので、医療費の支給を申請します。

<b>保険医療機関等証明欄</b> (10割自費診療の場合は、この証明を書かないでください。)				
年 月診療分 (入院・外来)	1 国保 3 退職者	2 社保 4 後期高齢者	1 7割 4 定額	2 8割 3 9割
入院期間	月 日から 月 日		( ) 日間	
保険総点数	点			
上記のうち他法公費負担点数(再掲)	点			
一部負担額(患者負担額)	円( 点)			
上記金額は、領収済みであることを証明する。				
年 月 日	所在地	医療機関名	名称	開設者名
				印

※保険診療点数の分かる領収書等を添付してください。診療点数の分かる領収書がない場合は、上記保険医療機関等証明欄に医療機関等の証明を受けてから提出してください。

<市役所確認欄>

総医療費 A	控除額の内訳			支給決定額 A-D
	法定保険給付額 B	付加給付等 C	控除額の計 (B+C) D	

申請者	<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人	身元確認	<input type="checkbox"/> 写真付1点 (免許証・障害者手帳等) <input type="checkbox"/> 写真無2点 (被保証・年金手帳等) <input type="checkbox"/> その他( )	添付書類	<input type="checkbox"/> 診療点数記載 領収書
-----	--	------	--	------	--