

医療福祉費支給申請書

公費負担者番号			受給者氏名		男・女
受給者番号					
保険者名及び被保険者証記号番号		生年月日	大・昭 平・令	年	月 日
医療機関等の所在地及び名称又は氏名					
医療等の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血	医療等を受けた期間	年 月 日から		
	訪問看護ステーション・コルセット・その他()		年 月 日まで		
医療機関で支払った金額 (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

美 浦 村 長 殿

申請者 住所 美浦村
電話
(受給者又は申請者) 氏 名

振込先 銀行名 ・ 支店名 ・ 口座種別 ・ 口座番号 ・ 口座名義(フリガナ)
前回と同じ / 新規

(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又は支給証明書及び診療明細書若しくは調剤明細書
- 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

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、市町村で記入します。

	領収書等の金額		患者負担割合額		
		円	①	②	③
※ 支 給 内 訳			円	円	円
	控除額 内 訳	他法公費負担額	円	付 加 給 付	円
		高額療養費	円	そ の 他	円
			円	控除合計額 ④	円
	交 付 決 定 額	①+②+③-④			円

◎ 太枠内に記入のうえ、領収書とあわせてお持ちください。