

様式第4号(第6条関係)

福 医療福祉費支給申請書				
公費負担者番号		受給者氏名		
受給者番号				
		生 年 月 日 年 月 日		
被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号		個 人 番 号		
		保 健 種 別 協・組・日・船・共・国・国組・後期		
		保 険 者 名		
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 訪問看護ステーション・コルセット その他()		医療等を受 けた 期 間	年 月 日から 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 河 内 町 長 様 申請者 住 所 (受給者又 は保護者) 氏 名 個人番号				
(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及び診療明細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、市町村で記入します。				

※ 支 給 内 訳	領収書等の金額		患者負担割合金額		
			①	②	③
	円		円	円	円
	控 除 額 内 訳		円	附加給付額	円
		他 法 公 費 負 担 額	円	その他	円
		高 額 療 養 費	円	控除額計④	円
	交 付 決 定 額		①+②+③-④ 円		