

様式第6号（第4条関係）

福祉医療費支給申請書（乳幼児・重度・母子・父子）

年 月 日 ←

中津川市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

(電話 _____)

受給資格者 (電話番号)	受給資格者 番号	—	申請者 との続柄
	氏名		

振込先金融機関	口座種別	口座名義	口座番号
支店			

年 月中に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。

保険医療機関等証明欄			
1 入院	1 国保	1 7割	3 9割
2 入院外	2 社保		
3 訪問看護	3 退職者	2 8割	4 定額
	4 後期高齢者		
診療月		年 月分	
保険総点数		点	
上記のうち他法公費負担対象点数（再掲）		点	
一部負担金（患者負担金）		円（ 点）	
上記金額は、領収済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	

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。

この欄は、医療機関等での証明の前に必ず記入してください。

決裁	課長		係	受付	年 月 日
				決定	年 月 日
				支給	年 月 日
支給内訳	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	附加給付等 C	控除額の計 (B+C) D	