

**記入例**

※該当する制度に○をつける

様式第6号（第4条関係）

<p>福祉医療費支給申請書 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">(乳幼児・重度・母子・父子)</span></p>		<p>令和○年○月○日 ←</p>																																																		
<p>中津川市長 様</p> <p>※申請者記入欄</p>	<p>申請者 住所 <b>中津川市かやの木町2-1</b></p> <p>氏名 <b>中津 花子</b></p> <p>(電話 <b>0573-66-1111</b>)</p>	<p>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。</p>																																																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">受給資格者 (電話番号)</td> <td style="width: 10%;">受給資格者 番号</td> <td style="width: 10%;">■06 — 111111</td> <td style="width: 10%;">申請者 との続柄</td> <td style="width: 10%;">本人</td> </tr> <tr> <td colspan="2">氏名</td> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>中津 花子</b></td> </tr> </table>		受給資格者 (電話番号)	受給資格者 番号	■06 — 111111	申請者 との続柄	本人	氏名		<b>中津 花子</b>																																										
受給資格者 (電話番号)	受給資格者 番号		■06 — 111111	申請者 との続柄	本人																																															
氏名		<b>中津 花子</b>																																																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">振込先金融機関</th> <th style="width: 25%;">口座種別</th> <th style="width: 25%;">口座名義</th> <th style="width: 25%;">口座番号</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">支店</td> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>※制度申請時に登録された口座になります</b></td> </tr> </table>	振込先金融機関	口座種別	口座名義	口座番号	支店	<b>※制度申請時に登録された口座になります</b>																																													
振込先金融機関	口座種別	口座名義	口座番号																																																	
支店	<b>※制度申請時に登録された口座になります</b>																																																			
<p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">保険医療機関等証明欄</th> </tr> <tr> <td style="width: 10%;">1 入院</td> <td style="width: 10%;">1 国保</td> <td colspan="2" rowspan="4" style="text-align: center; color: red;">                     ※領収書が添付できない場合に医療機関に証明を                      1 7割 3 9割                      2 8割 4 定額                      いただく欄になります。                 </td> </tr> <tr> <td>2 入院外</td> <td>2 社保</td> </tr> <tr> <td>3 訪問看護</td> <td>3 退職者</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 後期高齢者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">診 療 月</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">年 月 分</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">保 険 総 点 数</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">上記のうち他法公費負担対象点数 (再掲)</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">一 部 負 担 金 ( 患 者 負 担 金 )</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">円 ( 点)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">                     上記金額は、領収済であることを証明する。                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">所在地</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">医療機関名</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">名 称</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">開設者名</td> </tr> </table>			保険医療機関等証明欄				1 入院	1 国保	※領収書が添付できない場合に医療機関に証明を 1 7割 3 9割 2 8割 4 定額 いただく欄になります。		2 入院外	2 社保	3 訪問看護	3 退職者		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		
保険医療機関等証明欄																																																				
1 入院	1 国保	※領収書が添付できない場合に医療機関に証明を 1 7割 3 9割 2 8割 4 定額 いただく欄になります。																																																		
2 入院外	2 社保																																																			
3 訪問看護	3 退職者																																																			
	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																																																			
<p>決 裁</p>	<p>★添付書類★</p> <p>■対象となる医療機関の領収書 (原本)</p> <p>■申請用紙は、診療月毎、医療機関毎に1枚必要です。</p> <p>※郵送で申請ご希望の場合で、複数枚領収書があるときは、ご相談ください。</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">付</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> </tr> <tr> <td>定</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>給</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table>	付	年	月	日	定	年	月	日	給	年	月	日																																						
付	年	月	日																																																	
定	年	月	日																																																	
給	年	月	日																																																	
<p>支 給 内 訳</p>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">頁の計</td> <td style="width: 10%;">C) D</td> <td style="width: 10%;">支給決定額</td> <td style="width: 10%;">A-D</td> </tr> </table>	頁の計	C) D	支給決定額	A-D																																														
頁の計	C) D	支給決定額	A-D																																																	