

国保・後期用

支給 決定 伺	伺 年 月 日	令和 年 月 日		支給決定額
	決 裁 年 月 日	令和 年 月 日		
決 定 伺	課 長	参事・補佐	班 長	班 員

様式8号(第16条、第18条関係)

福祉医療費支給申請書									
医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等									
氏名		保険区分	<input type="checkbox"/> 市町村国保・一般(本人・家族) <input type="checkbox"/> " ・退職(本人・家族)		対象区分番号				
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 被保険者番号:		受給者番号				
医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称(氏名)及び所在地(住所)		病院等の名称							
		所在地							
入院・入院外の別	入院・入院外		医療を受けた期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間			
申請理由									
療養給付費の総額 A		円							
自己負担相当額	$A \times \frac{\quad}{100} - \left(\begin{array}{l} \text{高額療養費} \\ \text{付加給付金} \end{array} \right)$		円						
福祉医療費支給申請(決定)額		円							
上記のとおり福祉医療費の支給申請をします。 令和 年 月 日 〒019- 申請者 住所 _____ 氏 名 _____ (印) 電話番号 _____ - _____ 美 郷 町 長 様 ◎ 添付書類 ・当該療養に係る療養給付費証明書 ・その他町長が必要と認めた書類									

※振込口座

銀行名				支店名				口座番号				口座名義	
								普通・当座・他				カナ	
												氏名	