

福祉医療費支給申請書 (乳幼児・重度心身障害者・母子家庭等・父子家庭)

美濃市長様  
 申請者住所  
 氏名  
 (電話 )

年 月 日

受給資格者 (患者名)	受給資格者 番号		申請者 との続柄	
	氏名			

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 2 入院外 3 訪問看護	1 国保 2 社保 3 退職者 4 後期高齢者	1 7割 2 8割	3 9割 4 定額
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	点		
一部負担額 (患者負担額)	円 ( 点)		
上記金額は、領収済であることを証明する。 年 月 日 医療機関名 所在地 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	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	付加給付等 C	控除額の計 (B+C) D	