記入例

対象者が該当するものを〇で囲んでください。
※高校生年代から大学生年代のお子さんは、記入不要です。

第7号様式（第4条関係）

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）

令和〇年　〇月　〇日

美　濃　市　長　　様

朱色点線枠［　　］について黒色のボールペン等でご記入ください。

申請者　住　所　美濃市〇〇〇〇

氏　名　加入医療保険の被保険者

（電　話　〇〇－〇〇－〇〇　）

受給資格者（患者名）	受給資格者番号	〇〇〇-〇〇〇〇	申請者との続柄	「子」など
	氏　名	対象者の氏名		

お子さんの福祉医療費受給者証に記載されている「受給資格者番号」をご記入ください。
※高校生年代から大学生年代のお子さんは、記入不要です。

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。

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。

1入　院 2入院外 3訪問看護	1国 2社 3退 4後期	
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。

記入不要です

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	