

# 福祉医療費助成事業支給申請書

令和 年 月 日

山県市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 ( ) -

受給資格者 (患者名)	受給資格者 区分 ふりがな 氏名	高校生等 医療費	申請者との 続柄	
----------------	---------------------------	-------------	-------------	--

令和2年中に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。

なお、市が支給要件の審査のために、市備付けの世帯等における収入に係る納付資料、住民基本台帳及び外国人記載事項証明書等の内容を確認することに同意します。

保 険 医 療 機 関 等 証 明 書				
1 入院 2 入院外	1 国保 2 社保	1 7割	2 定額	3 その他
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 額 ( 患 者 負 担 額 )		円 ( 点)		
上記金額は、領収済であることを証明します。				
年 月 日		所在地		
		医療機関名		
		名称		
		開設者名 (印)		

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。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。

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) C	