

様式第 6 号(第 4 条関係)

福 祉 医 療 費 支 給 申 請 書					
山 県 市 長		様		令和 ○年 ○月 ○日	
申請者		住所 山 県 市○○○○			
		氏 名 山 県 太 郎 (代 理 : 山 県 花 子)			
		(電 話)			
受 給 資 格 者 (患 者 名)	受 給 資 格 者 番 号	○○○		申 請 者 と の 続 柄	
	氏 名	山 県 太 郎			
	個 人 番 号				
年 月 日 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	1 国 保	1 7割 3 9割			
2 入 院 外	2 社 保				
3 訪問看護	3 訪問看護				
記入不要					
保	※ 領収書原本がない場合 領収書の再交付を医療機関に依頼するか又は、医療機関等（この欄）の証明が必要になります。 → 有料（医療機関に直接おたずねください）				
上記					
一					
上記金額					
年 月 日		所 在 地			
		医療機関名			
		名 称			
		開 設 者 名			
支払場所 の指定	金融機関名	口座名義	口座種別	口座番号	
	○○銀行	山 県 太 郎	普通・当座	○○○○	
決			受付	年 月 日	
裁			決定	年 月 日	
			支給	年 月 日	
支給 内 訳	総医療費	控 除 額 の 内 訳			支給決定額
	A	法定保険給付額	附加給付等	控除額の計	
		B	C	(B+C) D	A-D