

福祉医療費支給申請書
 （障害者・乳幼児・子ども・母子・父子・寡婦）

平成 年 月 日

（あて先） 五 島 市 長

次のとおり医療費の支給を申請します。

| | | | | | | |
|------------------|----------------------------------|-------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------|------------------------|
| ※申請者 (受給者) | ふりがな | | | 住 所 | | |
| | 氏 名 | 印 | | 電 話 番 号 | | |
| | | | | 受給者証 記号番号 | 第 号 | 患者（支給対象者） 生年月日 |
| | 他の世帯員 | 氏 名 | 医 機 関 療 名 | 入院 外来 | 支払 金額 | 円 |
| | の受診状況 | 氏 名 | 医 機 関 療 名 | 入院 外来 | 支払 金額 | 円 |
| | 高額医療 支払回数 | 回 | | | | |
| 診 療 報 酬 証 明 書 | | | | | | |
| 医 療 機 関 | 診 療 月 | 年 月 分 | | 患者氏名 (支給対象者) | 男 女 | |
| | 保険 診療 総点数 | 入 院 点 当月入院日数 日 | 外 来 点 当月外来日数 日 | | | |
| | 保険診療に 対する一部 負担金 | 入 院 円 | 外 来 円 薬剤一部負担金 円 | 医療機関の 所在地 名 称 氏 名 | 印 | |
| | 高齢者の医療 の確保に 関する法律 一部負担金 | 当月入院日数 日 円 | 当月外来日数 日 円 円 薬剤一部負担金 円 円 | | | |
| | 公費負担 (結核・精神) | 点 | | | | |
| 支 給 決 定 | | | | | | |
| | 一部負担金 (A) | 附加給付額 (B) | 自己負担額 (C) | 市民税 課税の有無 | 高 額 (D) | 支 給 額 A - B - C - D |
| 入 院 | | 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | |
| 外 来 (薬 剤) | | | | | | |
| 計 | | | | | | |

備考

- ※印の欄は、申請者が記入すること。
 - 他の世帯員の受診状況の欄は、21,000円以上を同月内に支払った者について記入すること。
 - 高額医療支払回数の欄は、24,600円以上を過去12か月に世帯全員で支払った回数を記入すること。
- 太線内は、医療機関において記入すること。
 - 入院については、当該月の入院日数を合わせて記入すること。
 - 外来については、当該月の外来日数を合わせて記入すること。
 - 障害者で後期高齢者被保険者にあつては、高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金の欄に記入することとし、外来については、当該月の一部負担金額を合わせて記入すること。
 - 薬剤一部負担金については、いずれの対象者分もそれぞれの記入箇所に別掲として記入すること。
- 太線内の医療機関の証明については、医療機関の発行する領収書（証明事項の記入されたものに限る。）により代えることができる。