

福祉医療費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 笠松町長

★申請者 住所

氏名 (電話)

Table with 2 rows and 4 columns: 受給資格者(患者名), 受給者番号, 申請者との続柄, 氏名 (SHR)

下記のとおり医療費の支給を申請します。

Main application table with 5 rows: Insurance/Medical Institution, Treatment Date, Total Points, Other Public Fee Burden, Partial Burden Amount, and Signature/Stamp area.

★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

Summary table with 5 columns: 支給内訳, 総医療費 A, 控除額の内訳 (法定保険給付額 B, 附加給付等 C, 控除額の計 (B+C) D), 支給決定額 A - D