

福祉医療費支給申請書

令和 〇年 〇月 〇日

(あて先) 笠松町長

★申請者 住所 笠松町司町1 笠松アパート101

氏名 笠松 花子
(電話 090-1111-2222)

受給資格者 (患者名)	受給者番号	1234567	申請者との続柄	子
	氏名	笠松 次子 (S H R 1. 2. 3)		

下記のとおり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	2 8割	4 定額
診療月		年 月分	
この部分は領収書がある場合記入不要です。			
保険総点数		点	
上記のうち他法公費負担対象点数(再掲)		点	
領収書がない場合のみ、 受診した医療機関に記入を依頼してください。(点) 一部負担額(患者負担額) 円 (※記入を依頼した場合は料金がかかることがあります。その料金は支給申請の助成対象外となります。)			
上記金額は、領収済であることを証明する。			
令和	年	月	日
所在地		医療機関名 名称	
開設者名			印

★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	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) D	
		B	C	D	A - D
	町記入欄 (記入不要)				