子　ど　も

第７号様式（第４条関係）

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　一郎

（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　太郎	（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		
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）		

この部分は領収書がある場合記入不要です。

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。
（※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

※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

★欄は医療機関等での証明の前に必ず記入してください

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

町記入欄（記入不要）