

福祉医療費給付申請書

(あて先) 太田市長

平成 年 月 日

捨印

申請者 (口座名義人と同一人)

住所 太田市

氏名

印

電話

※ 助成決定額

福祉医療費給付金を下記口座に振込んでください。

※赤わくは記入しないでください。

1.	受診者氏名		受給資格者証番号								
(生年月日 / M・T・S・H 年 月 日生)											

2.	加入医療保険	保険者番号	記号	番号	被保険者名

3.	振込金融機関名	預金種目	口座番号	口座名義人
	銀行・信用金庫 農協・信用組合 労働金庫	本店支店 支所出張所	1. 普通 2. 貯蓄	(カタカナで)

4. 診療証明書

受診者氏名		窓口領収額				食事代	
診療年月	診療日数	保険診療 総点数	一部負担金 (保険診療分)	外来薬剤 一部負担金	他法による 負担金	日数	金額
年 月	入 日 外 日	点	円	円	円	日	円
年 月	入 日 外 日						
年 月	入 日 外 日						

上記のとおり診療したことを証明します。

医療機関等 所在地
名称
氏名 印
電話

[注意] イ. 領収書を添付してください。(診療年月日、受診者名、保険診療点数が記載されているもの)

領収書がない場合は、4の診療証明書欄に医療機関等で証明をうけてください。

ロ. 申請者の印は、朱肉を必要とする印鑑に限ります。

ハ. 1・2は、受給資格者証と保険証を確認のうえ記入してください。

ニ. 3は、振込金融機関の通帳を確認のうえ記入してください。

ホ. 支払は、申請してから約1ヶ月から2ヶ月後となります。

ただし、高額療養費等が支給される場合は確認後の支払となります。

受付	検査	確認
..