

(様式第4号)

※太枠の中すべて記入して下さい。

福 医 療 福 祉 費 支 給 申 請 書				
公費負担者番号	受給者番号	受給者氏名	大正 昭和 平成 令和	男 女
保険種別	国保・社保・国保組合・国保退職・後期	生年月日	年 月 日	
医療機関の名称				
医療等の内容	医科(入院・外来)・歯科・調剤・柔整 輸血・訪問看護ステーション・コルセット その他 ()	医療を受けた期間	平成 令和 年 月 分	
医療機関で支払った金額 (医療保険各法の一部負担額)	円			
上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。				
令和 年 月 日				
五 霞 町 長 様				
申請者 住所 五霞町 (受給者または保護者) 氏名				
(注) 1. 添付書類 ① 医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書 ② 高額療養費・附加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書 2. 申請者が医療機関等で支払った金額から外来自己負担金額，入院自己負担金，他方による公費負担額，高額療養費等を控除した額を支給されます。 3. ※欄は，市町村で記入します。				

※ 支 給 内 訳	領収書等の金額		患者負担割合金額	標準負担額	標準負担額 ÷ 2
		円	① (割) 円	円	② 円
	控 除 額 内 訳	外来自己負担金	円	入院自己負担金	円
		他法公費負担額	円	付 加 給 付 金	円
		高額療養費		控 除 額 計	③ 円
	交 付 決 定 額	①+②-③ 円			