

(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	男女
保険種別	国保・社保・国保組合・国保退職・後期	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和
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 年 月 分 令和
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 <small>（受給者または保護者）</small>		住所 五霞町	
		氏名	印
(注) 押印は、署名（自筆）の場合は必要ありません。 押印をば印に代えることは差し支えありません。			
(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
		① (割)		②
	円	円	円	円
	控除額内訳	外来自己負担金	入院自己負担金	円
		他法公費負担額	附加給付金	円
	高額療養費	控除額計	③	円
	交付決定額	①+②-③		
		円		