様式第4号(第６条関係)

※太枠の中全て記入して下さい。

福 医療福祉費支給申請書

公費負担者番号	受給者番号	医療を受けた期間	令和　　年　　月分

受給者氏名		医療機関の内容	医科(入院・外来) 歯科・調剤・柔整 その他（　　）
生年月日	大正　昭和 平成　令和　　年　　月　　日		

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（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	控除額	
		円	①　円	②　円	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	円
	交付決定額		①-②　円		