様式第4号（第7条関係）

※太枠の中全て記入して下さい。

福五霞町医療費助成申請書

受給者番号		医療を受けた期間	令和　　年　　月分
受給者氏名		医療等の内容	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		