

※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 年 月 日 平成 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 氏名 (受給者または保護者)			
(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	附加給付金	円	
	高額療養費		控除額計	円	
交付決定額	①-②			円	