第７号様式（第４条関係）

福祉医療費支給申請書

年　　月　　日

羽島郡岐南町長　宛

申請者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話　　－　　－　　）

受給資格者（患者名）	受給資格者番号		申請者との続柄	
	氏名			

振込先金融機関名	口座種別	口座名義	口座番号
支店・本店	普通　当座		

年　　月中に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。

保険医療機関等証明欄

1　入院 2　入院外 3　訪問看護	1　国保 2　社保 3　後期高齢者	1　7割　　3　9割 2　8割　　4　定額

診療月	年　　月分
保険総点数	点
上記のうち他法公費負担対象点数（再掲）	点
一部負担額（患者負担額）	円　（　　点）

上記金額は、領収済であることを証明する。

年　　月　　日

医療機関名　所在地

名称

開設者名

この欄は、医療機関等での証明の前に必ず記入してください。

10割自費診療の場合には、この証明を書かないでください。

決裁	課長		係	受付	年　月　日
				決定	年　月　日
				支給	年　月　日

支給内訳	総医療費 A	控除額の内訳			支給決定額 A－D
		法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 (B＋C)D	