

# 医療福祉費支給申請書

公費負担者番号		受給者名 氏名	
受給者番号		生年月日	
被保険者等 記号・番号		保険種別	
		保険者名	
医療機関等の 所在地及び 名称又は氏名			
医療等 の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪看・補装具・コルセット その他（ ）	医療等を受 けた期間	年 月 日から 年 月 日まで
医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)			円
<p>上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>取手市長殿</p> <p style="text-align: right;">電話</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">(受給者又は保護者) 氏名</p>			
<p>(注) 1. 添付書類</p> <p>① 医療機関等が発行する領収書</p> <p>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</p> <p>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、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。</p> <p>3. ※欄は、市で記入します。</p>			

※ 支給 内 訳	領収書等の金額	患者負担割合金額		
	円	①	②	③
	外来自己負担金額	円	附加給付額	円
	他法公費負担額	円	その他	円
	高額療養費	円	控除額計 ④	円
交付決定額	① + ② + ③ - ④			円