

◎**県外受診の領収証書（原本）を添えて受診月以降に申請（郵送）してください。** ※領収証書は返却いたしませんので、必要に応じて写しをお取りください。

医療福祉費支給申請書			
公費負担者番号	受給者証に記載されている「公費負担者番号」を記入	受給者氏名	氏名を記入
受給者番号	受給者証に記載されている「受給者番号」を記入	生年月日	生年月日を記入
被保険者等 記号・番号	「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」に記載のある被保険者等記号・番号等を記入	保険種別	例) 協会、国保、後期、組合
		保険者名	例) 全国健康保険協会、国民健康保険、後期高齢者医療保険、〇〇健康保険組合
医療機関等の所在地及び名称又は氏名	記入不要		
医療内容	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		
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 取手市長殿		日中連絡の取れる電話番号、住所、氏名を記入 申請者 住所 (受給者又は保護者) 氏名	
(注) 1. 添付書類 ① 医療機関等が発行する領収書 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。 3. ※欄は、市で記入します。			

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