

様式第1号(第2条関係)

福祉医療費支給申請書

受給者証番号	老41・障82・障83・精43 障(前高)97・障(前高)98 高障58・高障59・高精68 乳80・こ47・母85・母84 ..... .....	(フリガナ) 受給者氏名 生年月日	..... 男 ・ 女 ..... 年 月 日	
受給者の個人番号				
医療保険者名称等	名称	番号		
被保険者証等の記号番号	記号	番号		
保険医療機関等	名称			
受診期間等	外来	年 月 日から	入院	年 月 日から
		年 月 日まで		年 月 日まで
一部負担金の割合と上限額		割 円		割 円
医療に要した費用	自己負担額 (本人支払額)	保険者負担額	一部負担金額	福祉医療費支給額
総点数 点	円	円	円	円
上記のとおり福祉医療費の支給を申請します。 .....年 月 日 多可町長 様 住所 申請者 氏名 (印) (受給者との続柄： ) (電話番号： ) (個人番号： )				
振込先口座	銀行 信用組合 信用金庫 協同組合		本店 支店 出張所	
預金種別	1 普通 2 当座 3 ( )	口座番号	(フリガナ) 口座 名義	.....
本申請に基づく福祉医療費の受領を下記の者に委任します。				
委任者	住所	氏名		(印)
受領者	住所	氏名		(印)
	個人番号			

【注】 被保険者証、医療に要した費用の額を証する書類(医療機関の領収書等)を添えて提出してください。