

様式第4号(第6条関係)

㊦ 医療福祉費支給申請書							
公費負担者番号		受給者氏名		男			
受給者番号				女			
保険者名及び被保険者証記号番号		生年月日		年	月	日	
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 訪問看護ステーション・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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">稲敷市長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 (受給者又は保護者) 氏名 ㊦</p> <p style="text-align: center;">(注)押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。 押印をば印に代えることは差し支えありません。</p>							
<p>(注)1 添付書類</p> <p>① 医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書若しくは調剤明細書</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、市町村で記入します。</p>							

※ 支給 内 訳	領収書等の金額		患者負担割合金額	薬剤一部負担金額	標準負担額	
		円	①	②	③	円
	控除 額 内 訳		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	