

精華町福祉医療費助成金支給申請書

精華町長 様

令和 年 月 日

申請者 住所 精華町

氏名 (続柄)

電話

下記のとおり、医療費助成金の支給を申請します。

受給者	フリガナ						受給者証の種類	1	福	福祉医療費受給者証 老
	氏名							2	福	福祉医療費受給者証 障
申請理由	生年月日	大正・昭和	年	月	日	受給者番号				
		平成・令和								
	1 京都府外の医療機関等を受診 2 補装具等作製 3 受給者証不携帯（府内の医療機関等の場合） 4 その他（ ）					◎ 受給者について記入され、受給者証の種類・申請理由には、該当する項目の番号を○で囲んでください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ※領収書返却希望の場合は囲んでください。 領収書返却希望 </div>				

【注意事項】

- ・この申請書は1ヶ月（1日～月末）単位で作成し、原則として診療月の翌月中に提出してください。
- ・登録された口座の内容に変更（金融機関名等が変更されたなど）があった場合は別途届出が必要です。
- ・申請の際は、受給者の氏名及び保険点数が記入されている領収書（原本）を必ず添付してください。但し記入のない場合は下記に医療機関等で証明を受けてください。（この場合も領収書添付は必要。）

※ 保険者より高額療養費等の返還を受けた際は必ず窓口もしくはお電話にてお申し出ください。

◎領収書に保険診療に係る費用額の記載がない場合は、医療機関等で下記に証明を受けてください。

令和 年 月 診療状況証明書 (保険適用分)	日数	日(回)				
	期間	年 月 日から 年 月 日まで				
※該当する欄にチェックしてください。						
診療内容	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 補装具	<input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 訪看 <input type="checkbox"/> その他	入 外 区 分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	医療費等内訳	総点数 _____ 点 公費負担点数 _____ 点 柔整・はり・きゅう マッサージ施術額 _____ 円 自己負担額 _____ 円
上記のとおり、相違ないことを証明します。						
住所 _____						
名称・氏名 _____						
医療機関等コード _____						

※以下には記入しないで下さい。（単位：円）

窓口支払額	付加給付額	高額療養費	一部負担金	支給決定額	⇒	
—	—	—				
					精華町確認欄	
自己負担 21,000円超		有 → 本人				
		無	家族			
					付加給付確認	
					有	