

精華町福祉医療費助成金支給申請書

受付印

精華町長 様

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					
	氏名					
	生年月日	年	月	日		
申請理由	1	京都府外の医療機関等を受診	受給者証の種類 1 (福) 福祉医療費受給者証 老 2 (福) 福祉医療費受給者証 障 3 (福) 福祉医療費受給者証 親 4 (子) 京都子育て支援医療費受給者証 5 重障老人健康管理事業対象者証			
	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 ()					
			受給者番号 (左づめ)			
			◎ 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。			
			※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			

【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（金融機関等名が変更されたなど）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。

年 月診療状況証明書 (保険適用分)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">日数</td> <td style="text-align: right;">日 (回)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">期間</td> <td style="text-align: right;">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> </table>	日数	日 (回)	期間	年 月 日から 年 月 日まで
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"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> 補装具 <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	附加給付額	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 家族
付加給付確認	有	無