

福祉医療費支給申請書（老41 障43-1 障単43-2 ひとり親44）

年 月 日

福知山市長 様

住 所 福知山市

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

下記のとおり福祉医療費の支給を申請します。

福祉医療費受給者										加入医療保険											
負担者番号										保険者番号											
受給者番号										保険者名											
住 所	福知山市									記号・番号											
氏 名										被保険者名											
個人番号										個人番号											
生年月日										種 別	1 国一	2 国退	3 他国	4 協会	5 日雇	6 組合	7 船員	8 共済	区 分	1 本人	2 家族
療養に要した費用	円									療養を受けた期間	同	年	月	日	日～	実日数	日間				
申請理由	1 府外(取扱外)病院のため 2 証交付前受診のため 3 装具製作者は医療機関ではないため 4 はり・マッサージ等のため 5 その他()																				

この届出書に記載いただいた特定個人情報（福知山市個人情報保護条例（平成16年福知山市条例第22号）第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市福祉医療費給付事業に係る事務に利用します。

- 申請される方は必ず福祉医療費受給者証・健康保険証・印鑑・預金通帳（本人名義）・個人番号がわかるものを持参してください。
- 高額療養費・附加給付金の支給を受けられる方は、別途証明書を保険者に提出し証明を受けてください。

※下欄は記入しないでください

審査支給決定	総医療費	公費負担額	自己負担額	高額療養費又は療養費	一部負担金	福祉医療支給決定額
	添付書類	1 レセプト写し 2 領収書 3 その他()				薬剤一部負担金
備考						
	番号確認			実存確認		

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()		
実存確認方法	写真付き (1種類)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	写真なし (2種類)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 <input type="checkbox"/> 聴き取り票 <input type="checkbox"/> その他 ()	
手続き方法	<input type="checkbox"/> 窓口申請 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人) <input type="checkbox"/> 郵送による申請	手続き	<input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未

取扱者	
-----	--