様式第８号（第１０条関係）

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

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		
生年月日	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	年　月　日～ 同　月　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(　　)					
口座振替依頼	１ 新規口座　２ 登録口座　３ その他(　　)					
	金融機関名		種目	口座番号		
	銀行　本店 信用金庫　支店 農業協同組合		普通 当座			
	口座名義					

※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					
	本人確認					