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）

記入例

○ 年 ○ 月 ○ 日

福知山市長　様

住　　所　福知山市　**字内記１３-１**

氏　　名　**福知　太郎**

電話番号　0773　-　00　-　0000

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		2 6 0 0 2 6
受給者番号			保険者名	福知山市	
住　所	福知山市　**字内記１３-１**		記号・番号	福０００００	１２３４５６
氏　名	**福知　太郎**		被保険者名	**福知　太郎**	
生年月日	S○○　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	**費用等は記入不要**				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	
	ゆうちょ　(銀行)信用金庫　農業協同組合　４４８　本店(支店)		(普通)当座	1 2 3 4 5 6 7	
	口座名義	フクチ　タロウ			

※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					