

# 福祉医療費支給申請書（重度心身障害者）

令和 年 月 日

多治見市長

福祉医療受給資格確認のため必要があるときは、多治見市が保険情報を利用することに同意します。

申請者	住所	町 丁目 番地										
	氏名	(※)本人が自署しないときは、押印してください。					(※)電話番号					
受給資格者 (患者)	受給資格者 番号	8	0	2	1	0	4					続柄
	氏名						生年月日		大昭平令			
個人番号												
医療保険の記号・番号							保険者番号					

年 月中に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。

この欄は、保険医療機関等での証明の前に記入してください。  
10割自費診療の場合にはこの証明を書かないでください。

保 険 医 療 機 関 等 証 明 欄					
1 入院 2 入院外	1 国保 2 社保 3 後期高齢者	1. 7割	2. 8割	3. 9割	4. 定額
診 療 月		年 月 分			
保 険 総 点 数		点 円			
上記のうち他法公費負担対象点数（再掲）		点			
一 部 負 担 額 （ 患 者 負 担 額 ）		円（ 点）			
上記金額は、領収済であることを証明する。 年 月 日					
		所在地 医療機関名 名称 開設者		(印)	

支払場所 の指定	金融機関名	口座種類	口座番号	口座名義（カタカナ名）	
	本店・	銀行・信金 農協・労金 支店	普 通 当 座	<input type="checkbox"/> 口座は前回と同じ	
支 給 内 訳	総医療費	控 除 額 の 内 訳			支給決定額
	A	法定保険給付額 B	付加給付等 C	控除額の計 (B+C)D	A-D

- 〈注意〉 1 住所は郵便物が届くように詳しく書いてください。  
2 申請書提出時には、受給者証、保険情報の分かるものを持参してください。