|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支給決定伺 | 伺年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | 支給決定額 |
| 決裁年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 課　長 | 参事・補佐 | 班　長 | 班　　員 | ￥ |
|  | ＊＊＊ |  |  |

様式８号（第16条、第18条関係）

|  |
| --- |
| **福祉医療費支給申請書** |
| 医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等 |
| 氏名 |  | 保険区分 | □市町村国保・一般（本人・家族）□　　〃　　・退職（本人・家族）□後期高齢者医療被保険者番号： | 対 象 区 分 番 号 |  |  |
| 生年月日 | 大・昭・平・令年 　 月　 日 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称（氏名）及び所在地（住所）　　 | 病院等の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 入院・入院外の別 | 入院 ・ 入院外 | 医療を受けた期間 | 自　　　年　　月　　日日間至　　　年　　月　　日 |
| 申　請　理　由 |  |
| 療養給付費の総額 **Ａ** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 自己負担相 当 額 | 　　　　　　　　　　　　高額療養費Ａ×　　　　　１００　　　　付加給付金 | 　　　　　　　　　　　　　 円 |
| 福祉医療費支給申請（決定）額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 上記のとおり福祉医療費の支給申請をします。令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　〒019-申請者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　-　　　　-　　　　美　郷　町　長　　様◎　添付書類・当該療養に係る療養給付費証明書・その他町長が必要と認めた書類 |

※振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀　　行　　名 | 支　　店　　名 | 口　座　番　号 | 口　座　名　義 |
|  |  | 普通　・　当座　・　他 | カナ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支給決定伺 | 伺年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日**記入例** | 支給決定額 |
| 決裁年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 課　長 | 参事・補佐 | 班　長 | 班　　員 | ￥ |
|  | ＊＊＊ |  |  |

様式８号（第16条、第18条関係）

|  |
| --- |
| **福祉医療費支給申請書** |
| 医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等 |
| 氏名 | **美郷　一郎** | 保険区分 | □市町村国保・一般（本人・家族）□　　〃　　・退職（本人・家族）□後期高齢者医療被保険者番号：**1234567** | 対 象 区 分 番 号 |  |  |
| 生年月日 | 大・昭・平・令**5**年 **11**月　**1**日 | 受給者番号 | **7** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称（氏名）及び所在地（住所）　　 | 病院等の名称 | **○○病院** |
| 所在地 | **東京都〇〇区△△1-2-3** |
| 入院・入院外の別 | 入院 ・ 入院外 | 医療を受けた期間 | 自　**令和6**年　**4**月　**3**日日間至　　　年　　月　　日 |
| 申　請　理　由 | **県外受診のため　補装具作成のため　など** |
| 療養給付費の総額 **Ａ** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円**受診した月が複数ある場合は、****受診月ごとに申請書が必要です。****記入不要** |
| 自己負担相 当 額 | 　　　　　　　　　　　　高額療養費Ａ×　　　　　１００　　　　付加給付金 | 　　　　　　　　　　　　　 円 |
| 福祉医療費支給申請（決定）額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 上記のとおり福祉医療費の支給申請をします。令和**6**年**4**月**30**日　　　　　　　　　　　　　　　　　〒019-**1541****美郷町土崎字上野乙170-10**申請者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**美郷　太郎　※本人氏名。未成年の場合は保護者氏名**　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　**※日中連絡の取れる番号****携帯電話でも可****0187 - 84 - 4907**美　郷　町　長　　様**◎申請に必要なもの****●領収書　●福祉医療費受給者証　●健康保険の資格情報が確認できるもの****●申請者の通帳　●医師の作成指示書 ※補装具の場合**◎　添付書類・当該療養に係る療養給付費証明書・その他町長が必要と認めた書類 |

※振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀　　行　　名 | 支　　店　　名 | 口　座　番　号 | 口　座　名　義 |
| **秋田銀行** | **美郷支店** | 普通　・　当座　・　他 | カナ | **ﾐｻﾄ　ﾀﾛｳ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **9** | **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | 氏名 | **美郷　太郎** |