|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |