

別記様式第4号(第6条関係)

福祉医療費支給申請書

年 月 日

大泉町長 様

住所
氏名 印
TEL ()

条例第7条第1項の規定に基づき福祉医療費の支給を申請します。

受給資格者証記号 (市町村記号)				受給資格者証番号 (受給者番号)											
社会保険の名称				記号番号				被保険者名							
受診者氏名		診療		保険診療 総点数	窓口徴収額			交通災害その他							
		年月	日数等		一部負担金	標準負担額	他法による 費用徴収額								
	年 月	入 外	日	点	円	円	円								
*保険点数×10×割				*決定金額				*確認							
	年 月	入 外	日	点	円	円	円								
*保険点数×10×割				*決定金額				*確認							
	年 月	入 外	日	点	円	円	円								
*保険点数×10×割				*決定金額				*確認							
診療証明書															
上記のとおり診療したことを証明します。															
医療機関等の名称 所在地 氏名 印															
福祉医療費の振込先															
振込金融機関名		金融機関コード		預金種目		口座番号		名義人							
銀行 支店				普・当				フリガナ							
								氏名							

- (注) 1 申請書の二本線から上部及び口座番号等は、申請者が記入してください。
- 2 申請書の二本線から下部の受診者にかかる診療内容は医療機関等が記入してください。(※の欄は記入不要)
 なお、窓口徴収額に薬剤にかかる一部負担がある場合は、一部負担金欄下段に別に記入してください。
- 3 口座振込の場合は施行規則第7条の規定による福祉医療費支払通知書(別記様式第7号)を省略します。