

本庁受付印	支所受付印	伺	
		執行 課長	主幹

太枠の中を記入してください。

対象区分番号は、対象区分及び負担者番号8桁のうち上2桁です。
受給者番号には7桁をそのまま記入してください。

福祉医療費支給申請書			
医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者等			
氏名	大館 裕太	保険区分	<ul style="list-style-type: none"> 被用者保険 (本人・家族) 組回国保 市国保 一般 退(本人・家族) 後期高齢者医療
生年月日	明治・大正・昭和・平成 23年3月10日	対象区分番号	7 4
医療を受けた病院等の名称及び所在地	病院等の名称 弘前〇〇病院	受給者番号	7 8 9 0 1 2 3
入院・入院外の別	入院・入院外	医療を受けた期間	自 24年9月 至 24年9月
申請理由	県外診療・公費自己負担金・迦及・その他()		
申請額	円		
療養給付費の総額	①	別添のとおり	円
自己負担相当額	① × $\frac{\quad}{100}$	高額療養費 附加給	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の申請をします。			
平成 年 月 日			
申請者	住所 大館市 字中城20番地		
	氏名 大館 太郎 (印)		
大館市長様	電話 0186 (49) 3111		

申請者は受給者本人です。

受給者が未成年の場合は、親権者が申請者となります。