

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、受給者番号等			
氏名	<b>大館 裕太</b>	保険区分	対象区分番号 <b>74</b>
生年月日	明治・大正・昭和・平成 <b>30年4月1日</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>被用者保険 (本人・家族)</li> <li>組回国保</li> <li>市国保 一般</li> <li>退(本人・家族)</li> <li>後期高齢者医療</li> </ul>	受給者番号 <b>7890123</b>
医療を受けた病院等の名称及び所在地		病院等の名称 <b>弘前〇〇病院</b>	
		所在地 <b>弘前市〇〇××番地</b>	
入院・入院外の別	入院・ <b>入院外</b>	医療を受けた期間 自 <b>30年9月</b> 至 <b>30年9月</b>	
申請理由 <b>県外診療</b> ・公費自己負担金・遡及・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	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 <b>大館市 字中城20番地</b>	
		氏名 <b>大館 太郎</b> 印	
大館市長様		電話 <b>0186 ( 43 ) 7046</b>	

申請者は原則受給者本人です。  
申請者の振込先の登録をする場合は、「債権者登録申請書」も提出してください。