

本庁受付印	支所受付印	伺	平成 年 月 日					公印 使用
		執行	平成 年 月 日					
		課長	主幹	補佐	係長	係	支所担当	

## 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 險 区 分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被用者保険 (本人・家族)</li> <li>・組 合 国 保</li> <li>・市 国 保 一 般</li> <li>退 (本人・家族)</li> <li>・後 期 高 齡 者 医 療</li> </ul>	対象区分番号			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日				受給者番号		
医療を受けた病院等の名称及び所在地		病院等の名称					
入院・入院外の別		入院・入院外		医療を受けた期間 自 年 月 至 年 月			
申請理由		県外診療・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 附加給付金	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の申請をします。

平成 年 月 日

申請者 住所

\_\_\_\_\_

氏名 ㊞

\_\_\_\_\_

大館市長様

電話 ( )

\_\_\_\_\_