

福祉医療費（母子・父子）支給申請書

年 月 日

京丹後市長 様

申請者 住 所

氏 名

大学生等との続柄（ ）

電話番号

京丹後市重度心身障害者及び母子、父子家庭の医療費の支給に関する条例施行規則
第10条の規定により、関係書類を添えて福祉医療費の支給を申請します。

対 象 者	フリガナ		認定番号						
	氏 名		資格認定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで					
	生年月日	年 月 日							
	住 所								
医 療 を 受 け た 期 間		年 月診療分							
受 診 医 療 機 関 名		日 数	点数又は費用額	一部負担金	支給決定額				
入院・入院外・歯科・調剤・補装具 その他（ ）		日	点・円	円	円				
入院・入院外・歯科・調剤・補装具 その他（ ）		日	点・円	円	円				
入院・入院外・歯科・調剤・補装具 その他（ ）		日	点・円	円	円				
保 険 種 別		☐ 京丹後市国保（一般・退本・退扶） ☐ 組合国保（本人・扶養） ☐ 社保（本人・扶養） ※ ☐ に✓と（ ）内を○で囲む							
		記号			番号				
振 込 先 金 融 機 関 名		京都銀行・京都北都信金・京都農協・ ゆうちょ銀行 京都府信漁連・ （ ）銀行・信金・農協			支店 本店				
口 座 種 別		普通・当座	口座 番号						
口 座 名 義 人 （保護者）		（フリガナ）							