

福祉医療費支給申請書 (障害・母子・父子)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

京丹後市長 様

申請者 住所 京都府京丹後市〇〇町〇〇 △△番地

氏名 京丹後 市郎

(電話番号 〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

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6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。

医療を受けた者の氏名	京丹後 市郎								
生 年 月 日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日								
受 給 者 番 号	3 0 0 0 0 0 0								
医療を受けた期間	令和〇〇年〇〇月診療分								
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					
〇△病院									
入院・ <u>入院外</u> 歯科・調剤・補装具 その他 ()	1 日	1, 0 0 0 点・円	3, 0 0 0 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	<input checked="" type="checkbox"/> 京丹後市国保 (一般・退本・退扶) <input type="checkbox"/> 組合物保 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 社 保 (本人・扶養) ※ <input type="checkbox"/> に✓と()内を○で囲む								
	記号 丹〇〇〇	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 (京丹後)銀行・信金・農協		支店 峰山 本店						
	金融機関コード	支店コード							
口 座 種 別	普通・当座	口座番号(7桁を記入)	1	2	3	4	5	6	7
口 座 名 義 人	(フリガナ) キョウダシゴ 市郎 京丹後 市郎								

事務処理欄