様式第９号（第１０条関係）

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 |
|  | 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 |
| 入院・入院外・歯科・調剤・補装具　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 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（）内を〇で囲む |
| 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) |
|  |