

# 福祉医療費支給申請書（障害・母子・父子）

年 月 日

京丹後市長 様

申請者 住 所

氏 名

(印)

(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                  |  |             |          |       |
| 生 年 月 日                     | 年 月 日  |             |          |       |
| 受 給 者 番 号                   |  |             |          |       |
| 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<br>その他 ( ) | 日  | 点・円         | 円        | 円     |
| 入院・入院外・歯科・調剤・補装具<br>その他 ( ) | 日  | 点・円         | 円        | 円     |
| 入院・入院外・歯科・調剤・補装具<br>その他 ( ) | 日  | 点・円         | 円        | 円     |
| 保 険 種 別                     | <input type="checkbox"/> 京丹後市国保（一般・退本・退扶） <input type="checkbox"/> 組回国保（本人・扶養）<br><input type="checkbox"/> 社 保（本人・扶養）      ※ <input type="checkbox"/> に✓と( )内を○で囲む |             |          |       |
|                             | 記号   | 番号          |          |       |
| 振 込 先<br>金 融 機 関 名          | 京都銀行・京都北都信金・京都農協・<br>ゆうちょ銀行・京都府信漁連<br>( )銀行・信金・農協  |             | 支店<br>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) |          |       |
| 口 座 名 義 人                   | (フリガナ)   |             |          |       |

事務処理欄