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) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |