

記入例（赤枠内をご記入ください。）

湯 沢 市 長 様

ご記入日

令和 年 月 日

- ・子ども及びひとり親マル福の場合
→父または母が申請者
(振込口座名義人と同じ方をご記入ください。)
- ・障がいマル福の場合
→受給者本人が申請者
(代理で申請する場合も受給者本人でご記入ください。)

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

受給者との続柄 _____

電話番号 _____

次のとおり福祉医療費の支給を申請します。

受給者本人

医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等

氏 名	医療 保 険 区 分	・被用者保険（本人・家族）	対象区分番号				
		・組合国保		受給者番号			
		・市国保（一般退（本人・家族））					
		・後期高齢者医療					

医療を受けた病院、診療所、 薬局その他の名称（氏名） 及び所在地（住所）	病院等の名称	
	所在地	

入院・入院外 _____ 医療を受けた 自 令和 年 月 日

医療機関を複数受診している場合は、一番早くに受診した医療機関をご記入ください。

申請 _____ 補装具・訪問看護・公費負担医療・その他（ _____ ）

療養給付費の総額 _____ 円

自己負担 _____ 円

相当額 ① _____ 円

- ・子ども及びひとり親マル福の場合
→父または母の口座をご記入ください。
- ・障がいマル福の場合
→受給者本人の口座をご記入ください。
受給者本人以外の口座を希望される場合は、口座振替依頼書が必要です。

福祉医療費支給申請（決定）額 _____ 円

振 込 先	銀行	支店	当座	名義（カタカナ）
口 座 番 号	農協	支所	普通	

*添付書類 ①当該療養費に係る療養給付費証明書 ②その他市長が必要と認めた書類