

福祉医療費等支給申請書(老・障・親・子・健) (府・市)

受給者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 向日市	受給者番号										
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	T・S・H・R	年	月	日						
			保険者番号										

申請理由

1 京都府外の医療機関等を受診したため
2 受給者証を提示しなかったため
3 補装具等の購入のため
4 その他()

振込先	銀行	支店	口座番号										普通・当座
	信用金庫		フリガナ										
	農協	出張所	名義										

福祉医療費等の支給を申請します。

年 月 日 住所 向日市

申請者

受給者との続柄()

(宛先)向日市長 日中の連絡先 - -

当該医療費の受領を()に委任します。 年 月 日 申請者名()

※事務処理欄													総支給額		円		
1	診療年月	年	月	医療機関		入院 入院外	医・歯・調・他()	日									
	医療点数	医療点数×負担割合 ()割		<	領収書額	支給対象負担額	一部負担額	=	支給決定額								
	点		円	>	円	円	円		円		円						
備考																	
2	診療年月	年	月	医療機関		入院 入院外	医・歯・調・他()	日									
	医療点数	医療点数×負担割合 ()割		<	領収書額	支給対象負担額	一部負担額	=	支給決定額								
	点		円	>	円	円	円		円		円						
備考																	
3	診療年月	年	月	医療機関		入院 入院外	医・歯・調・他()	日									
	医療点数	医療点数×負担割合 ()割		<	領収書額	支給対象負担額	一部負担額	=	支給決定額								
	点		円	>	円	円	円		円		円						
備考																	