

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				
振込先	銀行		本店	口座番号							普通・当座
	信用金庫		支店	フリガナ							
	農協		出張所	名義							
<p>福祉医療費等の支給を申請します。</p> <p>年 月 日 住所 向日市</p> <p>申請者</p> <p>受給者との続柄()</p> <p>(宛先)向日市長 日中の連絡先 - -</p>											

当該医療費の受領を()に委任します。 年 月 日 受給者名()

※事務処理欄										総支給額			円
備考													
	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		
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			
	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			
	備考												