

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 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 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							