

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						
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 (宛先)向日市長 日中の連絡先 受給者との続柄()									

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	点数×負担割合 ()割	< = >	領収書額	高額療養費	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	点数×負担割合 ()割	< = >	領収書額	高額療養費	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	点数×負担割合 ()割	< = >	領収書額	高額療養費	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									