

第7号様式

福祉医療費助成申請書										年 月 日	
(あて先) 岐阜市長										申請者 住所 岐阜市	
氏名										(電話 - -)	
下記のとおり福祉医療費助成金の交付を申請いたします。											
負担者番号				受給者証の種類				子ども ・ 重度 ・ ひとり親家庭等			
受給者番号				保険の種類				国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者			
受給資格者氏名						生年月日		大・昭平・令 年 月 日			
金融機関		銀行 信用金庫 農協 信用組合			フリガナ 名義人			普通 ・ 当座			

保険医療機関等証明欄 (保険適用の場合だけ証明してください。)					
	診療年月	区分	保険診療総点数	公費負担対象	一部負担額
診療内容	年 月 分	入院	点	点	円割
		外来	点	点	円割
上記保険診療による一部負担額は、領収済みであることを証明する。					
年 月 日					
所在地 名称 保険診療機関等 代表者 電話番号					

※ 「保険医療機関等証明欄」は、保険医療機関等の領収書があれば記入の必要はありません。

※ 療養費など全額自費のときは、保険給付の支給を受けたことを証明する書類を添付してください。

(事務処理欄) マ、運、パ、手、その他()

総医療費 A	控除額の内訳			支給決定額 (A-D)
	法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 (B+C) = D	