

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。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|----------------------------------|--|--|--|---|-------------|----------|-----------|---|---|---|--------|-------------|
| 受給者証の種類 | 1 子ども 2 重度心身障害者等 3 ひとり親家庭等 | | | | | | | | | | | | |
| 受給資格者番号 | / | | | | | | | | | | | 加入保険種別 | 国保・社保・後期高齢者 |
| 受給資格者氏名 | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | | |
| 支払の指定場所 | 銀行 信用金庫 農協 信用組合 | | | | 店 | 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 | | | | | |
| 保険診療機関等 | | 所在地 名称 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 | |
| | | | | |