

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 _____ (印)

(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

所在地
保険診療機関等 名称
代表者

印

※ 「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。

総 医 療 費	控 除 額 の 内 訳			支給決定額 (A-D)
	法定保険給付額 A	附加給付等 B	控除額の計 C (B+C) =D	