様式第７号（第４条関係）

福 祉 医 療 費 支 給 申 請 書

（こども・重度・母子・父子）

年　　月　　日

（あて先）土岐市長

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話番号　　）

負担者番号		続柄	受給資格者（患者名）
受給者番号			

←この欄は医療機関等での証明の前に必ず記入してください。

年　　月中に診療等を受けたので、医療費の支給を申請します。

保険医療機関等証明欄		
1　入　院 2　入院外 3　訪問看護	1　国保 2　社保 3　後期高齢者	1　7割　　3　9割　　5　その他 2　8割　　4　定額
診療月		年　　月分
保険総点数		点
上記のうち他法公費負担対象点数（再掲）		点
一部負担額（患者負担額）		円（　　点）

←10割自費診療の場合には、この証明を書かないでください。

上記金額は、領収済であることを証明する。

年　　月　　日

医療機関名　所在地

名　　称

開設者名　　㊞

	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	
支給内訳					
合計					

振込先金融機関	金融機関名	口座名義	口座番号	
	・　支店		普通・当座	