

| | | | |
|----|------|----|---|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| | | | |

福祉医療 療養費支給申請書

年 月 日

山 辺 町 長 殿

〒 -

被保険者 住所 山辺町
 又は 氏名 _____
 世帯主 電話番号 _____

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類^{*}を添えて申請します。

| | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------|-----------|
| 福祉医療の種類 | 1 重度心身障がい(児)者医療 | (フリガナ) | |
| | 2 子育て支援医療 | 受診者氏名 | |
| | 3 ひとり親家庭等医療 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 一部負担金 | 有 ・ 無 | 医療証番号 | |
| 保 険 種 別 | 被保険者記号番号 | | 自己負担割合 |
| 協会・健組・日雇・共済・国保 組合国保・後期・その他 () | | | 本人 ・ 扶養 割 |
| 診療区分 | ・ 治療用装具の購入 ・ 県外医療機関等受診 ・ 医療証の不提示 ・ その他 () | | |
| 医療機関等の名称 | | 療養期間 | 療養に要した費用 |
| | | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・協同組合・金庫 () 本店・支店 () | |
| | 口座番号 | ・ 普通口座 () ・ () | |
| | 口座名義 (カナ) | | |

※次の書類を添付又は提示すること。

1. 健康保険証、資格確認書または資格情報のお知らせ等 2. 福祉医療証 3. 領収書

注) 治療装具の購入の場合は、次の該当する書類等も添付又は提示すること。

- (i) 治療用装具が必要なことを示す医師の診断書又は作成指示書等
- (ii) 健康保険からの療養費支給決定通知書【町国民健康保険、県後期高齢者医療保険以外の方】
- (iii) 治療装具の写真【靴型治療用装具を購入の方】

| |
|----------------|
| 第三者行為 該当 ・ 非該当 |
|----------------|

《町記載欄》

| | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|-------------|
| 総医療費 | 法定給付額 | 高額療養費 | その他給付額 | 一部負担金 | 支給決定額 |
| A | B | C | D | E | F=A-B-C-D-E |
| | (割) | | | | |