

福祉医療費支給申請書

年 月 日

天童市長 様

区 分 (身障 ・ 子育て ・ ひとり親)	
医療証番号 () 一部負担金 (有 ・ 無)	
〒	
受給者住所	
受給者氏名	生年 T 月日 S R . . 生
被保険者氏名	
電話番号	

次のとおり福祉(身障・子育て・ひとり親)医療費の支給を申請します。

医療機関名 ・薬局等	名 称			
	所在地			
診療区分	入院 ・ 外来 ・ 調剤 ・ コルセット ・ 治療用眼鏡	診療日数	日	
診療年月	年 月 日から 年 月 日まで			
添付書類	1 医療機関の領収証 2 保険給付支払証明書 3 付加給付支払証明証 4 その他			
下記の口座に振込してください。(口座振替依頼書)				
金融機関名		支 店 名	本・支店 本・支所	
口座番号		名義(カタカナ)		

*** 支給決定額内訳 (記入しないでください)**

総医療費 (A)	控除額(B)			一部負担金 (C) 有・無・更正	支給額 (A)-(B)-(C)
	法定給付額(割)	付加給付額	その他		