

福祉医療費支給申請書

（ 障害者 ・ 乳幼児 ・ 子ども ・ 母子 ・ 父子 ・ 寡婦 ）

波佐見町長 様

下記のとおり、福祉医療費の支給を申請します。

なお、当該申請に係る医療費に対して給付される健康保険の高額療養費や災害共済給付(学生の場合のみ)等の申請状況について町から関係機関へ照会することに同意します。また、町からの関係書類の提出の求めに応じます。

《太枠内を記入してください。》

申請日 : 令和 年 月 日

申請者	氏名				支給対象者との続柄	本人・()	
	住所	波佐見町 郷 番地 ()			電話番号《手続き連絡先》()		
支給対象者(患者)	受給者証記号番号	波			健康保険種別	後期高齢・町国保・協会健保その他()	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(✓を記入)			生年月日	T・S 年 月 日 H・R	
※学生のみ記入 →		学校名		学年	災害共済給付金(学校)	あり・なし	

○福祉医療費の申請における注意点

- ・ 医療機関等が発行した領収書(患者名・点数・金額・診療日が記載されたもの)を添付してください。
- ・ 指定する領収書がない場合は、「診療報酬証明欄」に医療機関等から証明を受けてください。
- ・ 同月診療分は一度しか申請できませんので、必ず1か月分の領収書をまとめて提出してください。
- ・ 健康保険の高額療養費や学校における災害共済給付制度等との重複給付はできません。

診療報酬証明欄

※医療機関の証明印の無いものや金額等を訂正したものは無効です。

[医療機関] 所在地・名称・代表者氏名・連絡先 支給対象者の診療報酬について領収したことを証明します。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div> TEL : ()	種別	診療月	診療報酬総点数
	医科 入院	年 月	点
	健康保険一部負担金		円
	歯科 外来		診療日数
	調剤	処方箋発行機関:	日

[医療機関] 所在地・名称・代表者氏名・連絡先 支給対象者の診療報酬について領収したことを証明します。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div> TEL : ()	種別	診療月	診療報酬総点数
	医科 入院	年 月	点
	健康保険一部負担金		円
	歯科 外来		診療日数
	調剤	処方箋発行機関:	日

[医療機関] 所在地・名称・代表者氏名・連絡先 支給対象者の診療報酬について領収したことを証明します。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div> TEL : ()	種別	診療月	診療報酬総点数
	医科 入院	年 月	点
	健康保険一部負担金		円
	歯科 外来		診療日数
	調剤	処方箋発行機関:	日