

年 月 日

京丹後市長 様

申請者 住 所 京都府京丹後市 大宮町口大野 226

氏 名 京丹後 市郎 印

電 話 69 0220

福祉医療費支給申請書

(障害)・母子・父子

京丹後市重度心身障害者及び母子、父子家庭の医療費の支給に関する条例施行規則第6条の規定により、関係書類を添えて福祉医療費の支給を申請します。

医療を受けた者の氏名	申請者と同じ				
生 年 月 日	昭和 40 年 10 月 10 日				
医療を受けた医療機関名等 (総合病院の場合は診療科目)	公立 ×病院 呼吸器 科				
入院・入院外等の別	入院・入院外・歯科・調剤・その他()				
医療を受けた期間	平成 年 ×× 月分 4 日間				
医療に要した費用	(点数又は費用額) 点・円		一部負担金 (支給額の内数) 円		(支給額) 円
保 険 種 別	京丹後市国保 (一般)退本・退扶 丹 123-456789 組 合 国 保 (本人・扶養) 保険証の記号番号を記入 社 保 (本人・扶養)				
受 給 者 番 号	3012345				
振込み先 金融機関	京丹後 銀行 信金 農協 京都府信漁連	大宮 支店	普通 ・ 総合	No. 1234567	フリガナ
					口 座 名 義 人
					キヨウタンゴ イロウ 京丹後 市郎

※ 必ず受診者の氏名、保険点数が記入されている領収書等（レシートでも可）を添付してください。ただし、領収書等に受診者名と保険点数の記入がない場合は受診証明書を必ず添付してください。

事務処理覧