様式第５号（第８条関係）

平成　　年　　月　　日

京丹後市長　　様

申請者　住　所　京丹後市

氏　名　　㊞

電　話　（　　―　　）

老　人　医　療　費　支　給　申　請　書

京丹後市老人医療費の支給に関する条例施行規則第８条の規定により、関係書類を添えて老人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		
受給者番号		負担割合	１割 ・ ２割
生年月日	昭和　　年　　月　　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）	科		
入院・入院外等の別	入院・入院外・歯科・調剤・補装具・その他（　　）		
医療を受けた期間	平成　　年　　月分　　日間		
医療に要した費用	（点数又は費用額）　（一部負担金）　（自己負担額）　（支給額） 費用額×0.3　費用額×0.1 又は 0.2 点・円　　円　　円　　円		
保険種別	京丹後市国保	記号・番号	
	組合国保	記号・番号	
	社保	記号・番号	

振込み先 金融機関	銀行 信金 農協 京都府信漁連　　支店 （金融機関コード：　　支店コード：　　）	普通 ・ 当座	No	フリガナ 口座 名義人	

※必ず受診者の氏名及び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及び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。

事務処理欄