

福祉医療費給付申請書

年 月 日

草津町長 様

住所：草津町大字 草津前口

氏名： 印

TEL：

次のとおり診療等を受けたので、草津町福祉医療費の支給に関する条例に基づき、福祉医療費の支給を申請します。

公費負担者番号		受給資格者証番号 (受給者番号)					
社会保険の名称		記号番号		被保険者名			
給付金について口座振替を希望する時							
振込金融機関名		預金種目	口座番号	フリガナ			
銀行		普通・当座		名義人			
支店							
受診者氏名	診療		保険診療	窓口徴収額			交通災害
	年月	日数等	総点数	一部負担金	標準負担額	他法による費用徴収額	その他
	年	入外日	点	円	円	円	
	月						
*保険点数×10×		割	*決定金額		*確認		
	年	入外日	点	円	円	円	
	月						
*保険点数×10×		割	*決定金額		*確認		
	年	入外日	点	円	円	円	
	月						
*保険点数×10×		割	*決定金額		*確認		
診療証明書							
上記のとおり診療したことを証明します。							
医療機関等の名称							
所在地							
氏名							
印							

- (注) 1 申請書の二本線から上部及び口座番号等は、申請者が記入してください。
 2 申請書の二本線から下部の受診者にかかる診療内容は医療機関等(高齢重度障害者については申請者)が記入してください。(*の欄は記入不要)
 なお、窓口徴収額に薬剤にかかる一部負担がある場合は、一部負担金欄下段に別に記入してください。
 3 高齢重度障害者は診療証明の記入は不要です。
 4 口座振込の場合は施行規則第7条の規定による福祉医療費支払通知書(別記様式第4号)を省略します。