

記入例

様式第6号（第4条関係）

福祉医療費支給申請書

重度 **子ども** 該当に○をつけて下さい
母子等 父子

〇〇年 〇月 〇日

可児市長 様

受給資格者の

- ・受給資格者証の番号
- ・申請者との続柄
- ・氏名
- ・生年月日

申請者

住所 可児市広見〇丁目〇番地

氏名 可児太郎

電話 -〇〇 -〇〇〇〇

受給資格者 (患者名)	受給資格者 番号		申請者 との続柄	
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日生

年 月中に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。

保険医療機関等証明欄

1 入院	1 国保	1 7割	3 9割
2 入院外	2 社保		
3 訪問看護	3 退職者	2 8割	4 定額
	4 後期高齢		
この部分は領収書の添付 により記入不要です。			
保険総点数		点	
上記のうち他法公費負担対象点数 (再掲)		点	
一部負担金 (患者負担額)		円 (点)	

*領収書がない場合は、受診した医療機関で証明を受けてください。
但し、証明は保険外文書料として有料になる場合がありますので
確認ください。保険外文書料は、助成対象外となります。

所在地
医療機関名
名称
開設者名

この欄は医療機関等での証明の前に必ず記入してください
10割自費診療の場合には、この証明を書かないでください

決裁					受付	年 月 日
					決裁	年 月 日
					支給	年 月 日
支給内訳	総医療費 A	控除額の内訳			支給決定額 A-D	
		法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 (B+C) D		