

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
母 子・父 子

該当に○
をつけて
ください

年 月 日

可 児 市 長 様

申請者

住所

氏名

(電話) - -

受給資格者 (患者名)	受給資格者 番 号		申請者との 続 柄	
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		

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。

※証明欄は、
がある場合は、
不要

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	2 8 割	4 定 額	
3 訪問看護	3 後期高齢者			
診 療 月		年 月 分		
保 険 総 点 数		点 円		
上記のうち他法公費負担 対象点数（再掲）		点 円		
一部負担金（患者負担額）		円（ 点）		
上記金額は、領収済であることを証明する。 年 月 日				
医療機関名		所 在 地 名 称 開設者名		

10割
ないで
ください

この証明を書か

決 裁					受 付	・ ・
					決 定	・ ・
					支 給	・ ・

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	付加給付等 C	控除額の計 (B＋C) D	

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