

# 福祉医療費支給申請書

重度 ども  
母子等 父子

該当に  
をつけて  
下さい

可児市長 様

令和 年 月 日

申請者 { 住所  
氏名 (印)  
電話 - -

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	大正 昭和 平成 令和	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 4 後期高齢	2 8割	4 定額
診療月		年 月分	
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 )	
上記金額は、領収済であることを証明する。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 名称 開設者名 (印)			

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	