

福祉医療費助成申請書(小学生・中学生用)

湖南市長 あて

令和 年 月 日

〒 520-\_\_\_\_\_

申請者 住所 湖南市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

福祉医療費助成条例施行規則第10条の規定により、福祉医療費の助成をされたく申請します。

助成申請額	円					
受療年月	年 月分		入院			
公費負担	有・無	福祉医療・その他( )				
助成対象者	ふりがな	生年月日	平成			
	氏名		年 月 日			
保険者名	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(一般・退職)					
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部					
	<input type="checkbox"/> 健康保険組合・共済組合					
振込先金融機関	銀行 信用組合		本店 支所 支店			
	農協 信用金庫		代理店 出張所			
	口座種別	普通 当座	ふりがな			
	口座番号		口座名義			
添付書類			(注) 1 ※欄は記入しないでください。 2 ご本人が署名する場合は、印鑑は不要です。			
1 健康保険証の写し 2 医療機関が発行した領収書 3 家族療養費支給決定通知書 (支給された場合のみ) 4 通帳等の写し			※支払 決定額	件 日		
				円		
※ 助 成 額 計 算 欄						
診療月日	保険点数	×負担 割合	医療機関 窓口支払額	高額療養費 及び付加金	助成額	備考
～						
～						
～						