様式第５号

福 祉 医 療 費 助 成 申 請 書

令和　　年　　月　　日

湖南市長　あて

〒 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　（　外来　・　入院　）			
受　給　券	福祉番号		受給者番号	
助成対象者	ふりがな		生年月日	大正　昭和　平成　令和 年　　月　　日
	氏　　名			
保 険 者 名	□　国民健康保険（ 一般 ・ 退職 ）　□　後期高齢者医療制度			
	□　全国健康保険協会　　支部			
	□　　健康保険組合　・　共済組合			
振　込　先 金 融 機 関	銀行　信用組合 農協　信用金庫		本店　支所　支店 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
1　医療機関が発行した領収書
2　家族療養費支給決定通知書
　（支給された場合のみ）
3　通帳等の写し

（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。

※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	＝	→ 支払額	自己負担額	助成額(円)	備考
・　・							
・　・							
・　・							
・　・							
・　・							
・　・							
・　・							
・　・							