

福祉医療費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 桐生市長

申請者 住所 桐生市
 氏名
 電話

次のとおり診療等を受けたので、桐生市福祉医療費助成条例に基づき、福祉医療費の支給を申請します。

受給者番号		受給者氏名	
振 込 銀 行	銀行・農協 信金・信組 本店 支店		医 療 保 険
	名義人 カタカナ		名 称
	口座番号 普 当		記 号 番 号
			被 保 険 者 名

証明欄(医療機関等の証明を受けてください。)

保 険 診 療 証 明 書							入院分 ・ 外来分	医 科 歯 科 調 剤 其 他
患者氏名								
診療月	診療 日数	保険診療 総 点 数	公費負 担点数	保険診療 自己負担	薬剤一部 負 担 金	食事療養 標準負担	合計金額	備 考
年 月	日	点	点	円	円	円	円	
年 月	日	点	点	円	円	円	円	
年 月	日	点	点	円	円	円	円	
年 月	日	点	点	円	円	円	円	
年 月	日	点	点	円	円	円	円	
年 月	日	点	点	円	円	円	円	

年 月 日

医療機関等 所在地
名称
代表者
電 話

印

市処理欄

- 注) 1 申請書の上段太枠までは、申請者が記入してください。
 2 申請書の下段太枠の保険診療証明書は医療機関等が記入してください。
 ただし、当該診療内容について証明できる書類(医療機関等が発行した診療明細書等)を添付したときは、記入を省略できます。
 3 高額療養費や付加給付等の給付を受けたときは、各保険者の給付決定通知等についても添付してください。