

記入例

福 医療福祉費支給申請書

福受給者証 記号・番号	ご記入は不要です	受給者氏名	返金申請をしたい領収書が 出ている方の名前と生年月 日をご記入ください。	
保険者名及び 被保険者等 記号・番号	ご記入は不要です	生年月日		
医療機関等の 所在地及び名 称又は氏名	ご記入は不要です			
医療等の	内科・歯科・調剤・手術・輸血・訪問看護・		医療等を受	年 日 日から 日まで
医療機関等 (医療保険各法の一部負担金の額)	ご記入は不要です			円
上記のとおり、医療費の支給を申請します。				
年 月 日 つくばみらい市長殿	届出者（受給者または保護者） 住所 氏名 電話番号			
《口座振替依頼書》 医療福祉費の受領は次の口座へ振込願います。				
☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (使用する場合はレ点を記入。利用しない場合は下記に情報を記入。)				
金融機関名	支店名	種別		
口座番号	口座名義人（カタカナ）			
(注) 1.添付書類				
①	ご申請をいただいた月の翌月末に銀行口座にお振込みでご返金いた			
②	します。振込先として希望される銀行口座情報をご記入ください。			
2.申	マル福受給者様と同世帯の方であれば、どなた様の口座でもご返金			
額	が可能です。			
3.「※	る公費負担			

※ 支 給 内 訳	領収書等の全額	患者負担割合全額		円
ご記入は不要です				円
返金申請をしたい領収書と一緒に担当課宛てにご郵送ください。				円
※領収書は原則、原本をお預かりします。ご提出いただいた後はご返却ができませんので、必要な方はあらかじめコピーをお取りください。				円
				円