|  |
| --- |
|  医 療 福 祉 費 支 給 申 請 書 |
| 受給者証記号・番号 |  | 受給者氏名 |  |
| 保険者名及び被保険者等記号・番号 |  | 生年月日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 医療機関等の所在地及び名称又は氏名 |  |
| 医療等の内容 | 医科・歯科・調剤・柔整・輸血・訪問看護・補装具・その他（　　　　　　　　　　　　） | 医療等を受けた期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで |
| 医療機関等で支払った金額（医療保険各法の一部負担金の額） |  |  |  |  |  |  |  | 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医療機関等が発行する領収書又は療養費支給明細書及び診療明細書もしくは調剤明細書　　　 ②高額療養費、付加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給証明書　　　2.申請者が医療機関等で支払った金額から外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。　　　3.「※欄」は市町村で記入いたします。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 支 給 内 訳
 | 領収書等の金額 | 患者負担割合金額 |  |  |
| 円 | 1. 円
 | 1. 円
 | ③　　　　　　　　円 |
| 控除額内訳 |  | 円 | 付加給付額 | 円 |
| 他公費負担額 | 円 | その他 | 円 |
| 高額療養費 | 円 | 控除額計 | ④　　　　　　　　円 |
| 交付決定額 | 1. ＋②＋③−④

円 |