

様式第5号(第8条関係)

子ども 母子・父子家庭 医療費支給申請書
心身障がい者 精神障がい者

令和 年 月 日

豊田市長様

申請者 住所 豊田市

氏名

電話 ( ) -

Table with 2 columns: データ種類, 医療種. Row 1: 1, [ ]

資格期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日) 退院有・無

Table with columns for personal information: 個人番号, 受給者氏名(フガナ), 生年月日

Table with insurance information: 保険者名, 被保険者本人, 記号番号, 保険変更有無, 保険変更記入済未記入

Table with bank information: 金融機関名, 支店名, 金融機関コード, 店番号, 預金種目 (1, 2 普通 当座)

委任状 ※申請者と口座名義人が違う場合は記入してください。 (口座名義人) この福祉医療費支給の受領に関する権限を 氏名 に委任します。 申請者 氏名

Main calculation table with columns: 診療年月, 入外, 入院件数, 外来件数, 日数, 医歯区給付割, 用途別, 償還種, 総医療費, 保険給付金, 高額療養費, 付加給付金, 入院一部負担金, 外来一部負担金, 自己負担額, 病院負担, 福祉医療助成額, 薬剤一部負担金, 支給決定額, 補助区, 社保区, 保険者番号

※添付書類

- 領収書 枚
医師の証明書、指示書
健康保険組合の支給決定通知書(写し)

Table with columns: 1/2, 1割, 2割, 3割, 10割, 自立証有無, 上限額, 入院台帳有無, 限度額認定証ア イ ウ エ, 受付者

※返却有無確認済 領収書(自費分)

