

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 () -

データ種類	医療種	資格期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 退院有・無	
1		個人 受給者	氏名(フガナ) 生年月日
受給者	番号		

保 険 者 名	<input type="checkbox"/> 被保険者本人	記号番号	保険変更 有	保険変更 記入済
保 険	<input type="checkbox"/> 扶 ()		無	未記入

振 込 口 座	金融機関名	支店名	金融機関コード	店番号	預金種目
	銀行・農協 信用金庫	本店 支店 ()	0		① 2 普通 当座
	口座番号 (右づめ)	口座名義人<かか> (左づめ) ※濁点・半濁点は1字として、姓と名は間は1字あけてください。			

※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 _____

支 給 決 定 欄	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
			0	0	0			0 1 0	
	総 医 療 費		保 険 給 付 金		高 額 療 養 費		付 加 給 付 金		
							0		
	入 院 一 部 負 担 金		外 来 一 部 負 担 金		自 己 負 担 額		病 院 負 担		
			0		0		0		
福 祉 医 療 助 成 額		薬 剤 一 部 負 担 金		支 給 決 定 額					
		0		0					
補 助 区	社 保 区	保 険 者 番 号							

1/2	1割	2割	3割	10割
自立証 有 無		上限額 円		
入院台帳 有 無		限度額認定証ア イ ウ エ		
受付者				



※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)

※返却有無確認済 領収書 (自費分)