

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

豊田市医療費助成条例第11条第3項の規定により、医療費の助成額の支払を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 住所 豊田市

氏名

電話 () -

データ種類	医療種
1	

資格期間

(年 月 日 ~ 年 月 日) 退院有・無

個人 受給者	氏名(フガナ)	生年月日
	番号	

保険者名	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 扶 ()	記号番号	保険変更 有 無	保険変更 記入済 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			0	1	0
	総医療費							保険給付金			高額療養費		付加給付金			
											0		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			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)