様式第５号（第８条関係）

[redacted] MMMMMMMMMMMM

[redacted] [redacted]

豊田市長　様

MMMMMMM 医療費支給申請書

MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM

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

氏名

電話　（　　）　　－

データ種類	医療種
1	MM

資格期間

（ MMMMMMMMMMM ～ MMMMMMMMMMM ）　退院　有・無

個人	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	受給者	氏名（フリガナ）	生年月日
受給者	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMM		MMMMMMMMMMMMMMMMMMMM	MMMMMMMMMMMMMMMMMM
				申請年度末時点の年齢
				（　MMM　）歳

保険	保険者名	記号番号	保険変更　有	保険変更
	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMM　□被保険者本人　□扶（　）	MMMMMMMMMMMMMMMMMM	無	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 普通　2 当座

口座番号（右づめ）	口座名義人<カタカナ>（左づめ）　※濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

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。

この福祉医療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		M	0 1 0	MM

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	

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
M	M	

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　オ			
受付者				

※返却有無確認済　□領収書（自費分）

受付印

※添付資料

□　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）