

様式第4号（第2条、第4条関係）

決裁		課長	補佐	係長	係	受付	年	月	日
						伺	年	月	日
						決定	年	月	日
						支給	年	月	日
助成内訳	保険診療		控除額			交付決定額			
	合計金額		法定負担額	他法負担額	計				
	円		円	円	円	円			
乳幼児児童福祉医療費（療養費）助成申請書 障害 高年齢障害 年 月 日 仁淀川町長 様 申請者 住所 _____ (保護者) 氏名 _____ 次のとおり福祉医療費（療養費）の助成を申請します。									
受給者番号					加入医療保険	被保険者証 記号番号			
受給者	氏名	男・女		被保険者氏名					
	生年月日	年	月	日		保険種別	国・国組・協・健組・船・共・日		
領収書									
診察月		年 月 分		診療を受けた人	本人・家族(家族の氏名)				
保険診療合計点数		点		一部負担金領収額	円				
保険診療分について、上記のとおり領収しました。但し保険診療対象外のもの除外してあります。 年 月 日 ※ { 住所 医療機関等名 医師等名 発行責任者名 担当者名 連絡先									

※押印を省略する場合は記入してください。

注) この用紙は、保険医療機関等に診療金額等をいったん支払い、その後で各市町村長から助成を受ける場合に使います。申請は診療月ごとに、次の要領によってください。

- 健康保険法第44条など医療保険各法が療養費扱いの場合：保険者から通知された「療養費支給決定通知書」又はその写し、あるいは保険者の証明を添えて申請してください。（下欄の記入不要）
- 県内で被保険者証を提示したが福祉医療費請求書を持参しなかった場合：下の欄へ保険医療機関等で領収事項についての記入を受けてください。
- 県外で被保険者証により診察を受けた場合：前項のように、この用紙に領収事項についての記入を受けるか、同じ内容の領収書を添えてください。