

記入例

福祉医療費交付申請書

(あて先) 周南市長

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請します。

				R5年 1月 5日							
(口座申請者)	氏名	周南 太郎			電話番号	080 - 0000 - 0000					
	住所	周南市 岐山通1丁目1番地									
(受給者)	(フリガナ)	シュウナン ハナコ									
	氏名	周南 花子									
	生年月日	R4年 12月 21日		受給者証番号	記号	番号					
				7	4	-	9	9	9	9	9

※支店名・口座番号の間違えがないよう注意してください。
ゆうちょ銀行の場合、通帳またはキャッシュカードの写しを添付してください。

金融機関	山口							銀行 信金 農協 労金	徳山	支店 支所 出張所 本店	
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	預金種別	普通預金		
口座名義人 (カタカナ)	シュウナン タロウ										

【以下をご確認ください】

●領収証について

受診者の氏名（受診者＝受給者）、受診年月、医療機関名、負担割合（20％・3割等）、保険点数、保険診療分負担金額、領収済の証明（領収印がないものは医療機関への確認が必要です）の記載があるものの原本を提出してください。

●10割負担の場合

負担割合が100％や10割と記載されている領収証は、先に保険者へ8割（7割）部分を請求し、その金額が払い戻された際の支給決定通知書（金額、いつ・誰に係る受診分かがわかるもの）と領収証を提出してください。

●治療用の補装具の場合（弱視の治療用メガネ含む）

①医師の指示書（診断書）②領収証 ③保険者の支給決定通知書 を提出してください。

●その他

育成医療、指定難病、小児慢性特定疾病等の他制度の適用のある受診の場合は、受給者証や受診時の資格状態がわかるものも提出してください。