

# 〈 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 名義人)	氏名	周南 太郎		電話番号	090 - 1234 - 5678 ※日中連絡可能な電話番号をご記入ください。
	住所	周南市 岐山通1丁目1番地			
(受診者)	(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。
  - 保育園・幼稚園・学校でケガをした場合は福祉医療受給者証が使用できません。