

丹波篠山市福祉医療費支給申請書

こども
高齢期移行
乳幼児等
障害者
母子等

対象者	受給者番号		加入医療保険	被保険者氏名		
	氏名			被保険者証	記号	番号
	生年月日	. .		種別	協・組・船・共・国・他国	
種別			診療を受けた期間		区分	
医科・歯科・調剤・補装具・柔整・その他			年 月 日 から 年 月 日 まで		外来・入院	
総医療費	円	診療実日数	件 日			
負担額	円	薬剤一部負担金	円			
一部負担金	円	差引請求額	円			
医療機関名称・所在地	名称 所在地					
請求の理由	1 県外受診 2 受給者証不携帯 3 窓口支払 4 その他					
<p>上記のとおり医療費の助成を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 申請者 氏名 ⑤ 丹波篠山市長 様 電話番号 ー</p>						

お支払い方法		口座振込 ・ 窓口	
金融機関名・支店名		預金種別	1 普通 2 当座
銀行	支店	口座番号	
信用金庫	出張所	フリガナ	
信用組合		口座名義	
農協	支所		