

# 老人・福祉医療費助成 支給申請書

|                     |                              |       |  |  |  |  |      |                         |                     |                 |
|---------------------|------------------------------|-------|--|--|--|--|------|-------------------------|---------------------|-----------------|
| 公費負担者番号             |                              |       |  |  |  |  |      | 医療を受けた<br>方の氏名・<br>生年月日 |                     | ( S H R . . 生 ) |
| 受給者番号               |                              |       |  |  |  |  |      |                         |                     |                 |
| 申請<br>区分            | 1. 取扱外医療機関受診 ( 外来 ・ 入院 )     |       |  |  |  |  |      | 健康保険の<br>種類             | 国保 ・ 国組 ・ 政 ・ 組 ・ 共 |                 |
|                     | 2. 療養費 ( 装具 ・ 一般診療 ・ その他 )   |       |  |  |  |  |      | 保険者番号                   |                     |                 |
|                     | 3. 証交付前受診 (証交付日 / 、資格取得日 / ) |       |  |  |  |  |      |                         |                     |                 |
| 4. 老人医療高額療養費 (区分: ) |                              |       |  |  |  |  | 記号番号 |                         |                     |                 |
| 5. その他 ( )          |                              |       |  |  |  |  |      |                         |                     |                 |
| 保険者からの付加給付          |                              | 無 ・ 有 |  |  |  |  |      |                         |                     |                 |

|   |        |           |    |    |  |    |      |
|---|--------|-----------|----|----|--|----|------|
| 振<br>込<br>口座  | (フリガナ) | 金 融 機 関 名 |    |    |  | 種別 | 口座番号 |
|   | 口座名義   |           |    |    |  |    |      |
|   |        | 銀行        | 本店 | 普通 |  |    |      |
|   |        | 農協        | 支店 | 当座 |  |    |      |
| (続柄: )  | 信用金庫   |           |    | 金庫 |  |    |      |
| <input type="checkbox"/> 前回と同じ口座への振込を希望 (『✓』をいれてください) |        |           |    |    |  |    |      |

下記の通り、医療費の支給を申請します。  
 なお、この申請に関する事で、舞鶴市が医療機関等に確認することに同意します。

**<申請者(保護者)>**

令和 年 月 日 住所(〒 - )  
 舞鶴市  
 舞鶴市長様 氏名 \_\_\_\_\_  
 日中の連絡先(自宅・職場・携帯) ☎ ( )  
 (代理人氏名) \_\_\_\_\_ (続柄)

| 医療機関名 | 年月 | 日数 | 区分                | 点数 | 総医療費 | 点数 ×<br>割数 | 領収額 | 附加<br>給付 | 一部<br>負担金 | 支給額 |
|-------|----|----|-------------------|----|------|------------|-----|----------|-----------|-----|
|       | /  |    | 入・外<br>その他<br>歯・調 |    |      |            |     |          |           |     |
|       | /  |    | 入・外<br>その他<br>歯・調 |    |      |            |     |          |           |     |
|       | /  |    | 入・外<br>その他<br>歯・調 |    |      |            |     |          |           |     |
|       | /  |    | 入・外<br>その他<br>歯・調 |    |      |            |     |          |           |     |
|       | /  |    | 入・外<br>その他<br>歯・調 |    |      |            |     |          |           |     |
|       | /  |    | 入・外<br>その他<br>歯・調 |    |      |            |     |          |           |     |
|       | /  |    | 入・外<br>その他<br>歯・調 |    |      |            |     |          |           |     |

老 障 ひとり親