様式第4号(第6条関係)

㊁ 医療福祉費支給申請書

㊁受給者証記号番号			受給者氏名	
保険者番号			生年月日	年　月　日
被保険者等記号・番号				
医療機関等の所在地及び名称又は氏名				
医療等の内容	医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・コルセット その他(　　)		医療等を受けた期間	年　月　日から 年　月　日まで
医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)	円			

上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。

年　月　日　　〒

つくば市長 あて

申請者(受給者又は保護者)　住所

氏名

(注) 1 添付書
① 保険医療機関等が発行する領収書又は国民健康保険若しくは医療保険の保険者が発行する療養費支給証明書
② 診療明細書
③ 薬局に係る支給が行われる場合は、調剤明細書
④ 高額療養費の支給又は附加給付が行われる場合は、支給決定通知書又は支給証明書
2 申請者が医療機関等で支払った金額から外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。
3 ※欄は、市町村で記入します。

※支給内訳				
領収書等の金額		患者負担割合金額		
円		①　円	②　円	③　円
控除額内訳		円	附加給付額	円
控除額内訳	他方公費負担額	円	その他	円
控除額内訳	高額療養費	円	控除額計 ④	円
交付決定額		① ＋ ② ＋ ③ － ④　円		