

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |   |                   |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---|-------------------|--------------------|
| ③ 医 療 福 祉 費 支 給 申 請 書                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |   |                   |                    |
| ③ 受 給 者 証<br>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<br>記 号・番 号                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |   |                   |                    |
| 医療機関等の<br>所在地及び<br>名称又は氏名                                                                                                                                                                                                                             |                                              |   |                   |                    |
| 医療等<br>の内容                                                                                                                                                                                                                                            | 医科・歯科・調剤・柔整・輸血<br>訪問看護ステーション・コルセット<br>その他( ) |   | 医療等<br>を受け<br>た期間 | 年 月 日から<br>年 月 日まで |
| 医療機関等で支払った金額<br>(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。<br><br>年 月 日 千<br>つくば市長 宛て 申請者 住所<br>(受給者又は 氏名<br>保護者)                                                                                                                                                                          |                                              |   |                   |                    |
| (注) 1 添付書<br>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<br>が発行する療養費支給証明書<br>② 診療明細書<br>③ 薬局に係る支給が行われる場合は、調剤明細書<br>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<br>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、<br>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。<br>3 ※欄は、市町村で記入します。 |                                              |   |                   |                    |

|                       |                       |               |               |           |   |
|-----------------------|-----------------------|---------------|---------------|-----------|---|
| ※<br>支<br>給<br>内<br>訳 | 領 収 書 等 の 金 額         |               | 患者負担割合金額      |           |   |
|                       |                       |               | ①             | ②         | ③ |
|                       | 円                     |               | 円             | 円         | 円 |
|                       | 控<br>除<br>額<br>内<br>訳 |               | 円             | 附 加 給 付 額 | 円 |
|                       |                       | 他 法 公 費 負 担 額 | 円             | そ の 他     | 円 |
|                       |                       | 高 額 療 養 費     | 円             | 控 除 額 計 ④ | 円 |
|                       | 交 付 決 定 額             |               | ① + ② + ③ - ④ |           |   |
|                       |                       | 円             |               |           |   |