

( 様式第 7 号 )

福祉医療費支給申請書  
(障害・乳幼・小中・母・父・子・寡婦)

年 月 日

島原市長 様

下記のとおり、医療費の支給を申請します。

※申請者・受給者	氏名	Ⓜ			患者（支給対象者）との続柄			
	住所				電話			
	受給者証 記号番号				患者（支給対象者）生年月日	年	月	日
	加入保険 の名称		記号 番号		患者氏名 (支給対象者)			
	他の世帯 員の受診 状況	氏名		医療 機関名		入院 外来	支払 金額	円
医療 機 関	診 療 報 酬 証 明 書							
	年 月 分				日ごとの保険診療による一部負担金が月の上限1,600円を超えるまで記入してください。			
	保険診療 総点数	入院	点	外来 調剤	点	日 目	点 数	一 部 負 担 金 額
		入院 日数	日	外来 日数	日	日 目	点	円
	保 険 診 療 に 対 す る 一 部 負 担 金	入院	円	外来 調剤	円	日 目	点	円
		入院	円	外来 調剤	円	日 目	点	円
	高 齢 者 の 医 療 の 確 保 に 関 す る 法 律 一 部 負 担 金	入院	点	外来 調剤	点	医療機関 の所在地 名 称 氏 名	医療機関コード	
		入院 日数	日	外来 日数	日			
		入院	円	外来 調剤	円			
	公費負担							点
支 給 決 定								
	一部負担金(A)	高額医療費(B)		附加給付額(C)		自己負担額(D)	支 給 額 (A-B-C-D) (E)	
入 院								
外 来		課 ・ 非		有 ・ 無				
計								

- 注 1 ※印の欄は申請者が記入すること。  
・他の世帯員の受診状況欄は21,000円以上を同月内に支払った者について記入すること。
- 2 線枠内は、医療機関において記入すること。  
・入院については、当該月の入院日数を併せて記入すること。  
・外来については、当該月のほか外来日数を併せて記入すること。  
・障害者で高齢者の医療の確保に関する法律の適用者にあつては、「高齢者の医療の確保に関する法律一部負担金」の欄に記入することとし、外来については、当該月の一部負担金額を併せて記入すること。
- 3 線枠内の医療機関の証明については、医療機関の発行する領収書（証明事項の記入されたものに限る。）により代えることができる。