

( 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
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。			
	受給者証記号番号	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			
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(E) (A-B-C-D)	
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。