

医療費等助成申請書

富田林市長 様

下記のとおり、療養に要した費用の支給を領収書・明細書を添えて申請します。

年 月 日

申請者	氏名			続柄		電話	()	
	住所							
医療区分	<input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <input type="checkbox"/> 障がい者医療							
申請理由	<input type="checkbox"/> 大阪府外受診 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 医療証交付前受診 <input type="checkbox"/> 医療証未提示 <input type="checkbox"/> 一部自己負担額償還 <input type="checkbox"/> 食事療養費 <input type="checkbox"/> その他 ()							
受給者	氏名			生年月日		受給者番号		
				年 月 日				
振込先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()				支店名	支店 ()	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号 (※右詰め記入)		口座名義人 (カタカナ)			

市処理欄

	診療科目 【減額区分】	入外 区分	診療年月	日数 【食数】	医療費総額 (円)	支払金額 (円)	高額療養費等 (円)	一部自己負担額 (円)	助成額 (円)	備考
①		入・外								
②		入・外								
③		入・外								
④		入・外								
⑤		入・外								
⑥		入・外								
⑦		入・外								
⑧		入・外								
⑨		入・外								
⑩		入・外								

上記のとおり、該当につき処理してよろしいですか。

決裁	課長	課長代理	係長	係員	受付

決定日