

様式第8号（第16条関係）

※国保・後期以外は必ず「同意書」を添付してください※

福祉医療費支給申請書					
医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等					
氏名 ()	保険区分	<ul style="list-style-type: none"> ・ 組回国保 ・ 被用者保険（本人・家族） ・ 市町村国保 一般 退職（本人・扶養） ・ 後期高齢者医療 	対象区分番号		
			受給者番号		
医療を受けた病院、診療所、薬局その他の名称(氏名)及び所在地(住所)		病院等の名称			
		所在地			
入院・入院外の別	入院・入院外	医療を受けた期間	自	年 月 日	日間
申請理由		遡及・県外受診・コルセット・自立支援医療・()			
銀行名・支店名	銀行・金庫 農協・信組 支店・本店 出張所	口座番号	口座名義 (カタナ)		
療養給付費の総額 A					円
自己負担相当額	A × $\frac{\quad}{100}$ —		〔 高額療養費 〕 〔 附加給付金 〕		円
福祉医療費支給申請（決定）額					円
上記のとおり福祉医療費の支給の申請をします。					
年 月 日					
		申請者	住所		
			氏名		
			電話		
能代市長 様					

◎ 添付書類

- ・ 当該療養に係る療養給付費証明書（別添1又は別添2）
- ・ その他市長が必要と認めた書類

（申請者と振り込み先が異なる場合）

年 月 日

本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。

申請者氏名 _____

代理人氏名 _____

代理人住所 _____