

公費医療負担額支給申請書兼請求書

年 月 日

赤穂市長宛

住所

申請者 氏名

電話 ()

下記のとおり相違ありませんので、関係書類を添えて公費医療負担額の支給を申請します。

対象者氏名		対象者生年月日	年 月 日
加入医療保険 (保険者番号)	()	被保険者等 記号・番号	記号 番号
医療機関等	名称 所在地	入院 ・ 通院	年 月 日 年 月 日 ()日間
公費の種類	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 (育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院) <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療支援 <input type="checkbox"/> 難病法に基づく特定医療 <input type="checkbox"/> 肝炎治療特別促進事業 <input type="checkbox"/> 結核患者の医療 <input type="checkbox"/> その他 ()		

なお、公費医療負担額は、下記の預貯金口座に振り込んでください。

振込先 金融機関	銀行 金庫・組合 農業協同組合	本店 支店	口座番号	普通 当座
			(フリガナ)	
			口座名義	
福祉医療 制 度	<input type="checkbox"/> 高齢期移行 <input type="checkbox"/> 重度障害者 <input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 母子家庭等 <input type="checkbox"/> 高齢重度障害者	受給者番号		

※ 審 査	総点数	領収書金額 (a)	付加給付額等 (b)	一部自己負担額 (c)	支給決定額 (a)-(b)-(c)	
	点	円	円	円	円	
支 給 決 定			係	係長	課長	支払年月日

※印欄は記入しないでください。

※本人確認 (うち内容によるもの)

窓口への提出時には本人確認書類の提示が必要です。