

福 医療福祉費支給申請書				
福 受給者証 記号番号			受 給 者 氏 名	
			生年月日	年 月 日
			個人番号	
被保険者等 記号・番号			保険種別	協 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 国 組 ・ 後 期
			保険者名	
医療機関等の 所在地及び名 称 又は 氏 名				
医療等 の内容	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 柔整 ・ 輸血 訪問看護ステーション ・ コルセット その他（ ）		医療等を 受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで
医療機関等で支払った金額 （医療保険各法の一部負担の額）		円		
上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。 令和 年 月 日 （申請先）土浦市長 申請者 住 所 （ 受給者又 は保護者 ） 氏 名 電話番号				
《口座振替依頼書》医療福祉費の受領は次の口座へ振込み願います。 種別 口座番号 口座名義人				
(注意) 1. 添付資料 ① 医療機関等が発行する領収書又は療養費支給証明書及び診療明細書若しくは調剤明細書 ② 高額療養費、附加給付等がある場合は、支給決定通知書の写し又は支給額証明書 2. 申請者が医療機関等で支払った外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、 高額療養費等を控除した額が支給されます。 3. ※欄は、市で記入します。				

※  支  給  内  訳	領収書等の金額		患者負担割合金額		
			①	②	③
	円		円	円	円
	控 除 額 内 訳	外 来 自 己 負 担 金 額	円	附 加 給 付 額	円
		他 法 公 費 負 担 額	円	そ の 他 (入院自己負担額)	円
		高 額 療 養 費	円	控 除 額 計 ④	円
	交 付 決 定 額		①+②+③-④ 円		