

(様式第4号)

福 医療福祉費支給申請書

公費負担者番号		受給者氏名			
受給者番号					
保険者名及び被保険者証記号番号		生年月日	年 月 日 (中学生・高校生)		
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・補装具 その他()	医療等を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで		
医療機関で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)			円		
記載のとおり医療福祉費の支給を申請します。また、他の制度により自己負担額相当の給付を受けた場合には、速やかに返還することに同意します。 年 月 日 大 洗 町 長 殿 申請者 住所 大洗町 (受給者又は保護者) 氏名 (注) 医療機関が発行する領収書等を添付してください。					
加入されている健康保険組合の高額療養費及び療養費の該当		(有・無)			
(学生の方) スポーツ振興センター共済保険の該当		(有・無)			
(社会保険の方) 健康保険組合の附加給付制度の該当		(有・無)			
上記のいずれかに該当した場合には、マル福からの給付が受けられない場合があります。					
※支給内訳 (町記入欄)	領収書等の金額	患者負担割合金額	※注意事項 ①調剤は全額返還(保険適用分) ②同一医療機関で3回目以降の受診分は全額返還 ③保険適用外は返還しない ④医療機関で記載方法が違うので注意!		
	①	②			
	円	円			
	控除額内訳	高額療養費	円	附加給付額	円
		他法公費負担額	円	その他	円
			控除額合計 ③	円	
	交付決定額	総支給金額 (①-②-③)	県補助対象分	町負担分	

申請件数	件中	件目	支給金額	円
			県分	円
			町分	円