

(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	男・女		
受給者番号					
保険者名及び被保険者証記号番号		生年月日	明・大 昭・平	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・コルセット その他 ( )	医療等を受けた期間	平成 年 月 日から 平成 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、職権により相殺処理を行って差し支えないことに同意します。 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 印					
(注) 押印は、署名(自筆)の場合は差し支えありません。 医療機関が発行する領収書等を添付してください。					
(※社会保険の方のみ) 健康保険組合の高額療養費及び附加給付制度の利用 (有・無)					
(注) 1. 加入されている健康保険に高額療養費及び附加給付金制度がある場合には、そちらを優先して利用してください。					
2. 1.の制度を利用した場合、支給金額がわかる書類(支給決定通知書又は支給証明書)等を必ず添付してください。領収書の金額から、それらを控除した金額を支給いたします。					
3. 虚偽の申告等により、不正に医療福祉費からの受給が発覚した場合には、支払った金額の返還を求める場合がありますので注意してください。					
※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	円	②	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	
		円	円	円	
申請件数		件中 件目	支給金額	円	
			県分 円	町分 円	

