

決 裁							受付	年 月 日	
							伺	年 月 日	
							決定	年 月 日	
							支給	年 月 日	
助 成 内 訳	保 険 診 療 合 計 金 額		控 除 額			交 付 決 定 額			
			法定負担額	他法負担額	計				
	円		円	円	円	円	円		
乳 幼 児 障 害 福祉医療費(療養費)助成申請書 高齢障害 年 月 日 越知町長 様 申請者 住 所 (保護者) 氏 名 印 個人番号 次のとおり福祉医療費(療養費)の助成を申請します。									
受 給 者 番 号				加 入 保 険	被 保 険 者 番 号				
対 象 者	個 人 番 号				被 保 険 者 氏 名				
	生 年 月 日		年 月 日		保 険 種 別		健政・組・船・日・共 国(町・組)・後期高齢		
領 収 書									
診 療 月		年 月 分		診療を受けた人		本人・家族(家族の氏名)			
保険診療合計点数		点		一部負担金領収額		円			
保険診療分について、上記のとおり領収しました。 年 月 日 保険医療機関等の所在地、名称、代表者名 印									

(注) この用紙は、保険医療機関等に診療金額等をいったん支払い、その後で町長から助成を受ける場合に使用します。申請は診療月ごとに、次の要領によってください。

- 健康保険法第44条など医療保険各法が療養費扱いの場合：保険者から通知された「療養費支給決定通知書」又はその写し、あるいは保険者の証明を添えて申請してください。
- 県内で資格確認書等を提示したが福祉医療費請求書を持参なかった場合：下の欄へ保険医療機関等で領収事項についての記入を受けてください。
- 県外で資格確認書等により診察を受けた場合：2のように、この用紙に領収事項についての記入を受けるか、同じ内容の領収書を添えてください。