

様式第4号（第2条関係）

決 裁	課長	副課長	係長	係	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	円
		法定負担額	他法負担額	計		
	円	円	円	円		円

乳幼児等
障害福祉医療費（療養費）助成申請書
高齢障害

年 月 日

四万十町長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名

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	被保険者証 記号番号	
対 象 者	氏名	男・女		被保険者 氏名	
	生年 月日	年 月 日		保 険 種 別	国・国組・協・健組・船・共・日・後期

(注) この用紙は、保険医療機関等に診療金額等を一旦支払い、その後に四万十町長から助成を受ける場合に使います。申請は診療月ごとに、次の要領によってください。

- 療養費扱い（治療用装具の購入等）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。（下欄の記入不要）
- 県内で被保険者証を提示したが福祉医療費受給者証を持参しなかった場合又は県外で被保険者証により診察を受けた場合：保険医療機関等の領収書を添付するか、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。

〈医療機関等の記入欄〉

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	
入院時食事療養費領収額	円 ×	日 =	円	
領収金額（合計）	円			

保険診療分及び入院時食事療養費分について、上記のとおり領収しました。

年 月 日

医療機関等の所在地
医療機関等の名称
代表者の氏名

※ { 発行責任者氏名
担当 者 名
連 絡 先

※押印を省略する場合は記入してください。