※医療費審査支給決定欄						審査決定額	一部負担金	医療費支給額
老	健管	健管(単)	障	障(単)	母			

福祉医療費支給申請書

受給者氏名	南丹　花子	受給者番号	0 0 0 1 2 3 4
保険者の名称及び番号	南丹市 (保険者番号　260141　)	被保険者証記号・番号	南丹　012345
傷病名	風邪	傷病の原因	□第三者行為以外の原因によるもの □第三者行為
医療機関の名称及び所在地	□□□病院 大阪府□□□□□□□□□□□		
療養に要した費用	○○○○円	医療の内容(いずれかに○)	1,一般診療　2,補装具　3,柔整　4,アンマ・マッサージ　5,ハリ・灸　6,移送　7,その他
療養を受けた期間	○○年　○月○日から　○○年　○月　○日まで実日数　○日間		

(医療受給者証が使用できなかった理由)
□　装具製作業者は保険医療機関でないため
□　その他(具体的に事情を書いてください　京都府外で受診したため　)

移送	区間	～	方法		回数	回

上記のとおり、医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

平成　年　月　日

(申請者)

住　所　□□□□□□□□□□□□□□□□□□

氏　名　南丹　花子　印

受給者との続柄(　本人

電話番号(○○○○)○○－○○○○

南丹市長　様

口座名義人は申請者氏名と同一のものとする。

振込口座											
	△△	銀行 農協 信用金庫	△△	本店 支店 出張所	普通	当座					
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	(ふりがな) 口座名義	なんたん　はなこ 南丹　花子	

委任欄	
	＿＿＿＿＿＿を私の代理人と定め、上記金額請求・受領並びに復委任専任権限を委任する。 住　所 平成　年　月　日　氏　名　㊞