支払場所の指定	金融機関名	口座名義	口座種別	口座番号
	本店 支店		普通・当座	

第7号様式(第4条関係)

福祉医療費支給申請書

年　月　日

池田町長様

申請者　住所

氏名　印

(電話　)

受給資格者(患者名)	受給資格者番号		申請者との続柄	
	氏名			

年　月中に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。

保険医療機関等証明欄			
1. 入院 2. 入院外 3. 訪問看護	1. 国保 2. 社保 3. 退職者 4. 後期高齢者	1. 7割　3. 9割 2. 8割　4. 定額	
診療月	年　月分		
保険総点数	点		
上記のうち他法公費負担対象点数(再掲)	点		
一部負担額(患者負担額)	円(　点)		

上記金額は、領収済であることを証明する。

年　月　日　医療機関名　所在地　名称　開設者名　印

この欄は、医療機関等での証明の前に必ず記入してください。

10割自費診療の場合には、この証明を書かないでください。

決裁		受付　年　月　日
		決定　年　月　日
		支給　年　月　日

支給内訳	総医療費 A	控除額の内訳 法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 (B+C) D	支給決定額 A−D