

福祉医療費交付申請書

宇部市長 様

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請します。

申請年月日	年 月 日	制度 (乳幼児 ・ 子ども ・ ひとり親家庭)				
申 口 座 請 名 義 者 人)	住 所	宇部市 (電話 - -)				
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏 名					
受 給 者	氏 名	生 年 月 日		受給者証 記号番号		
		年 月 日		-		
		年 月 日		-		
		年 月 日		-		
		年 月 日		-		
振 込 先	金 融 機 関 名			支 店 名		
	銀行・金庫 信組・農協 漁協				支店 コード	
	口 座 番 号			口 座 名 義 (カナ) ※申請者と同一名義の口座に限る。		

受 付	<input type="checkbox"/> 資格確認 <input type="checkbox"/> 口座確認(申請者名義) <input type="checkbox"/> 保険証確認(10割負担の場合) <input type="checkbox"/> 領収書確認 <input type="checkbox"/> 指示書確認(装具・眼鏡(9歳未満)) (受診者名、診療日、保険点数、領収額、発行日、 <u>負担割合</u>) <input type="checkbox"/> 支払予定日案内				領収額 (保険適用分)	円
	<input type="checkbox"/> 10割負担(装具・保険証忘れ等・対象外(保険資格なし・保険外)) <input type="checkbox"/> 保険分の請求案内(領収書はコピー取って返却)				一部負担金	円
	<input type="checkbox"/> 高額該当(自己負担20,000円以上は要確認) <input type="checkbox"/> 他制度有(自立支援(育成・精神)・小特・その他()) 限度額(円/月) ※証の写しを添付				支給決定額	円
	領収書	枚	支払 予定日		入力日	
	受付日		受付者		入力者	
					入力	

※注意事項

- ・申請後、2～3ヶ月程度で申請者の口座に振込みます。支給決定通知書はお送りしませんので、通帳記帳によりご確認ください。
- ・健康保険適用外の医療費、入院時の食事に係る負担額は助成の対象外となります。
- ・全額自己負担(10割負担)の場合、健康保険分は加入する健康保険に請求してください。

福祉医療費交付申請書

記入例

宇部市長 様

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請します。

申請年月日	令和 2 年 4 月 1 日	制度 (乳幼児 ・ 子ども ・ ひとり親家庭)		
申 請 者 名 義 人 の 座 号	住所	宇部市 常盤町一丁目7番1号 (電話 090 - 1234 - 5678)		
	フリガナ	ウベ タロウ	生年月日	昭和51 年 2 月 1 日
	氏名	宇部 太郎		
受 給 者	氏名	宇部 花子	生年月日	平成29 年 3 月 1 日
			受給者証 記号番号	74-01234
	下記のことを同封してください。 ・領収書(受診者名、診療日、保険点数、受領額、発行日が記載されたもの) ・申請者の本人確認ができるもの(運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード・パスポートのうちいずれか一つ)のコピー ・装具装着証明書(装具の払戻しの場合) ・弱視等治療用眼鏡等作成指示書(治療用眼鏡の払戻しの場合) ※領収書、装具装着証明書、弱視等治療用眼鏡等作成指示書はコピーを保管してください。			
振 込 先	金融機関名		支店名	
	山口 銀行 ・金庫 信組・農協 漁協		宇部支店	支店 コード 0 2 9
	口座番号		口座名義 (カナ) ※申請者と同一名義の口座に限る。	
	0 1 2 3 4 5 6	ウベ タロウ		

父
又は
母

児童

申請者と振込先口座名義は必ず一致させてください。

父
又は
母

受 付	<input type="checkbox"/> 資格確認 <input type="checkbox"/> 口座確認(申請者名義) <input type="checkbox"/> 保険証確認(10割負担の場合) <input type="checkbox"/> 領収書確認 <input type="checkbox"/> 指示書確認(装具・眼鏡(9歳未満)) (受診者名、診療日、保険点数、領収額、発行日、負担割合) <input type="checkbox"/> 支払予定日案内		入 力	領収額 (保険適用分)	円
	<input type="checkbox"/> 10割負担(装具・保険証忘れ等・対象外(保険資格なし・保険外)) <input type="checkbox"/> 保険分の請求案内(領収書はコピー取って返却) <input type="checkbox"/> 高額該当(自己負担20,000円以上は要確認) <input type="checkbox"/> 他制度有(自立支援(育成・精神)・小特・その他()) 限度額(円/月) ※証の写しを添付			一部負担金	円
	領収書	枚	支払 予定日	支給決定額	円
	受付日		受付者	入力日	
				入力者	

※注意事項

- ・申請後、2~3ヶ月程度で申請者の口座に振込みます。支給決定通知書はお送りしませんので、通帳記帳によりご確認ください。
- ・健康保険適用外の医療費、入院時の食事に係る負担額は助成の対象外となります。
- ・全額自己負担(10割負担)の場合、健康保険分は加入する健康保険に請求してください。