

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<br>座<br>名<br>義<br>者<br>人<br>） | 住 所                  | 宇部市   |         |                          |                                 |      |       |  |
|                                   | フリガナ                 |       |         |                          |                                 | 生年月日 | 年 月 日 |  |
|                                   | 氏 名                  |       |         |                          |                                 |      |       |  |
| 受<br>給<br>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<br>込<br>先                       | 金 融 機 関 名            |       |         |                          | 支 店 名                           |      |       |  |
|                                   | 銀行・金庫<br>信組・農協<br>漁協 |       |         |                          | 支店<br>コード                       |      |       |  |
|                                   | 口 座 番 号              |       |         |                          | 口 座 名 義（カナ）<br>※申請者と同一名義の口座に限る。 |      |       |  |
|                                   |                      |       |         |                          |                                 |      |       |  |

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |           |  |        |                |   |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------|--|--------|----------------|---|
| 受<br>付 | <input type="checkbox"/> 資格確認<br><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)<br><input type="checkbox"/> 領収書確認 <input type="checkbox"/> 指示書確認(装具・眼鏡(9歳未満))<br>(受診者名、診療日、保険点数、領収額、発行日、負担割合)<br><input type="checkbox"/> 支払予定日案内 |   |           |  | 入<br>力 | 領収額<br>(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))<br><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)<br><input type="checkbox"/> 他制度有( 自立支援(育成・精神)・小特・その他(      ) )<br>限度額(      円/月) ※証の写しを添付                                                                                                                       |   |           |  |        | 支給決定額          | 円 |
|        | 領収書                                                                                                                                                                                                                                                              | 枚 | 支払<br>予定日 |  |        | 入力日            |   |
|        | 受付日                                                                                                                                                                                                                                                              |   | 受付者       |  |        | 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。

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<br>(口<br>座<br>請<br>名<br>義<br>者<br>) | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                           | 宇部市 常盤町一丁目7番1号 |                                  |                           |                |       |   |
|                                       | 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<br>給<br>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                         |                           |                |       |   |
|                                       | 下記のものを同封してください。<br>・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)<br>・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<br>・装具装着証明書(装具の払戻しの場合)<br>・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)<br>・保険者(健康保険組合等)が発行する療養費支給決定通知書(装具・治療用眼鏡の払戻しの場合)<br><br>※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。 |                |                                  |                           |                |       |   |
|                                       | 金 融 機 関 名                                                                                                                                                                                                                                                                     |                | 支 店 名                            |                           |                |       |   |
| 振<br>込<br>先                           | 山 口                                                                                                                                                                                                                                                                           |                | 銀行・金庫<br>信組・農協<br>漁協             |                           | 支店<br>コード      | 0 2 9 |   |
|                                       | 口 座 番 号                                                                                                                                                                                                                                                                       |                | 口 座 名 義 (カナ)<br>※申請者と同一名義の口座に限る。 |                           |                |       |   |
|                                       | 0                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1              | 2                                | 3                         | 4              | 5     | 6 |

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

※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。