

助成内訳	保険診療		控 除 額			交付決定額
	合計金額		法定負担額	他方負担額	計	
	円		円	円	円	円
乳 幼 児 児 童 福祉医療費(療養費)助成申請書 障 害 高齢障害 年 月 日 香南市長 様 申請者(保護者) 住所 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			加入医療保険	被保険者等 記号・番号		
受給者	氏 名			被保険者氏名		
	個人番号			個 人 番 号		
	生年月日			年 月 日	保 険 種 別	
領 収 書						
診 療 月		年 月分 ~		年 月分 (計 月分)		
診療を受けた人		本人 ・ 家族 (氏名：)				
保険診療合計点数		点	一部負担金領収額			円
保険診療分について、上記のとおり領収しました。						
年 月 日						
保険医療機関等の所在地、名称、代表者等						
㊟						

- (注) この用紙は、保険医療機関等に診療金額等をいったん支払い、その後で香南市長から助成を受ける場合に使用します。受給者ごとに、次の要領により申請してください。
- 健康保険法第44条など医療保険各法が療養費扱いの場合：保険者から通知された「療養費支給決定通知書」若しくはその写し又は保険者の証明、領収書(写し可)、及び証明書(指示書・意見書等)が交付されている場合はその証明書を添えて申請してください。
 - 県内でマイナ保険証又は資格確認書を提示したが、福祉医療費受給者証又は福祉医療費請求書を持参せず診療を受けた場合：領収書欄へ保険医療機関等で領収事項についての記入を受けるか、同じ内容の領収書を添えてください。
 - 県外でマイナ保険証又は資格確認書により診察を受けた場合：前項に同じ。