様式第５号（第８条関係）

|  |
| --- |
| 福祉医療費助成申請書兼領収証明書福祉医療費領収証明書 |
| 　　　　　大台町長　様 | （申請者記入欄）下記の医療費に係る福祉医療費の交付を申請します。　　　　　年　　　月　　　日　　住　所　〒　氏　名 |
| １ 障がい者２ 一人親家庭等３ こども※該当する番号を○で囲んでください。 |
|  | 市町コード |
|  |  |  |
| 受 給 資 格 証 番 号 | 氏 名 | 性 別 | 生 年 月 日 |
|  |  | １男・２女 | 年　　月　　日 |
|  |
| 医療費証明書（第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く） |
| 診　察　月 | 年　　月 | 年　　月 | 年　　月 | 年　　月 |
| 一部負担割合 | １割・２割・３割 | １割・２割・３割 | １割・２割・３割 | １割・２割・３割 |
| 入院・外来区分 | 入院・外来 | 入院・外来 | 入院・外来 | 入院・外来 |
| 入院診療実日数 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 保　険　請　求　点　数（額） | （円）点 | （円）点 | （円）点 | （円）点 |
| ※１ | 一部負担額 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 公　費　・　長　区　分 |  |  |  |  |
| 公費請求点数 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 公　費　・　長　一　部　負　担　額 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 食事療養 | 保険請求分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 標準負担分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 公費請求分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 公費標準負担分 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 処方箋発行区分 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| ※２ | 処方箋発行医療機関番号 |  |  |  |  |
| ※３ | 処方箋発行医療機関名称 |  |  |  |  |
| 証明書料 | 円 |  |
| 上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。医療機関コード　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

所　在　地**〒**名　　　称医療機関等　開設者氏名　電話番号 |

※１一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

※２処方箋発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。

※３処方箋発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。