

右 決定額のとおり 支給してよろしいか	係	調整主任	係長・主査	主 幹	課 長	決定金額 (円)			

福祉医療助成金支給申請書

平成 年 月 日

鶴 岡 市 長 様

住 所 鶴岡市

氏 名 ㊟

T E L —

平成 年 月分の医療費の支給について関係書類を添えて申請します。

医療区分	医療証番号	受給者氏名	性別	生 年 月 日	一部負担
身・親 子			男・大 女 昭・平	年 月 日	有 無
保険種別	協・船・日・組・共・組国・国・退・後		本人・扶養	NO.	
支給方法	現金	銀行	本店	口座名義人付	
	送金	金庫	支店		
	口座	農協	支所	口座番号	

*市記入欄

領収書等裏面添付

受診年月	年 月	入院・入院外	日数 日	公費 (結核・精神・その他)	点
総医療費	控除額	本人支払い金額		一部負担金	支給額
		保険適用額	入院食事		
円	円	円	円	円	円
備考					

受診年月	年 月	入院・入院外	日数 日	公費 (結核・精神・その他)	点
総医療費	控除額	本人支払い金額		一部負担金	支給額
		保険適用額	入院食事		
円	円	円	円	円	円
備考					

受診年月	年 月	入院・入院外	日数 日	公費 (結核・精神・その他)	点
総医療費	控除額	本人支払い金額		一部負担金	支給額
		保険適用額	入院食事		
円	円	円	円	円	円
備考					