



受付者	決定金額 (円)			

福祉医療助成金支給申請書

令和 年 月 日

鶴岡市長様

申請者 住所 _____
 □未成年等※ 氏名 _____
 記入者 氏名 _____ (□ 同世帯員)
 電話番号 _____

令和 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	年齢	生年月日
身(有・無)・子・親					
保険種別	社保	市国保	後期	国保番号	
園・学校管理下でのケガの該当について			□ はい		□ いいえ
支給方法	口座	銀行	本店	口座名義人カナ	
		金庫	支店		
	現金	農協	支所	店番・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	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	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	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	円
備考						

※受給者が未成年の場合は、被保険者(国保の場合は扶養義務者)、成年被後見人等の場合は、成年後見人等が申請者となる。