



受付	1次	2次	決定金額 (円)			

福祉医療助成金支給申請書兼同意書

令和 年 月 日

鶴岡市長様

申請者 住所 _____

未成年等※

氏名 _____

同一世帯の世帯員は住所記入省略可

記入者 住所 _____

氏名 _____

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。

なお、医療費の支給に必要な範囲で、助成対象者の医療費・受給状況、健康保険からの給付の支給状況等について鶴岡市が直接医療機関等及び保険者へ照会し、医療機関等及び保険者が鶴岡市に当該情報を提供することに同意します。

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	
<input type="checkbox"/> 園・学校管理下でのケガの該当について			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	円	控除額	本人支払い金額		一部負担金	支給額	円
			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	円	控除額	本人支払い金額		一部負担金	支給額	円
			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	円	控除額	本人支払い金額		一部負担金	支給額	円
			保険適用額	入院食事			
	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。