

### 福祉医療費給付金支給申請書

上田市福祉医療費給付金条例第8条に基づき、医療機関等による証明書を添付し、医療費の支給を申請します。

(申請先) 上 田 市 長

令和 年 月 日

申請者	住所	電話番号	
	氏名	(受給者との続柄)	
受給者	資格	<input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 母子家庭等 <input type="checkbox"/> 父子家庭 <input type="checkbox"/> 高齢者	
	受給者番号(左詰め)	氏名 (申請者と同一人の場合は記入不要)	生年月日
			T S H R 年 月 日
	加入医療	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	
	保 険	被保険者名 (受給者と同一人の場合は記入不要)	記号   番号

※ 高額療養費が支給される場合は支給決定通知書を必ず添付してください。

医療機関・薬局	診療・調剤	医療機関名 薬局名	外来	診療・調剤 日数	酬 点	数	点
			入院		自 負 担	己 額	円
	年 月						
	診療・調剤	医療機関名 薬局名	外来	診療・調剤 日数	酬 点	数	点
			入院		自 負 担	己 額	円
	年 月						
	診療・調剤	医療機関名 薬局名	外来	診療・調剤 日数	酬 点	数	点
			入院		自 負 担	己 額	円
	年 月						
	診療・調剤	医療機関名 薬局名	外来	診療・調剤 日数	酬 点	数	点
		入院		自 負 担	己 額	円	
年 月							

担当者処理欄

高額療養費	確認
円	
附加給付額	確認
円	

- 豊殿地域自治センター    塩田地域自治センター  
 川西地域自治センター    子育て・子育て支援課

受付	入 力	処理日	確認1	確認2

係長	課長

福祉医療費給付金支給申請書

記入見本

上田市福祉医療費給付金条例第8条に基づき、医療機関等による証明書を添付し、医療費の支給を申請します。

(申請先) 上 田 市 長

2019 年 4 月 1 日

申請者	住所	上田市大手 *-* *-**		電話番号	0268 - 23 - ****	
	氏名	上田 市郎 (受給者との続) 父				
受給者	資格	<input checked="" type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 母子家庭等 <input type="checkbox"/> 父子家庭 <input type="checkbox"/> 高齢者				
	受給者番号(左詰め)	氏名 (申請者と同一人の場合は記入不要)			生年月日	
	0000123	上田 花子			T S 2* 年 1 月 15 日	
	加入医療	保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ** 支部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険			
	保 険	被保険者名 (受給者と同一人の場合は記入不要)	記 号	番 号		
	上田 市郎	1111111	2222			

※ 高額療養費が支給される場合は支給決定通知書を必ず添付してください。

医療機関・薬局	診療・調剤	医療機関名 薬局名	〇〇病院	外来	診療・調剤 日数	3	酬 点	321	点
				入院	5	日	自 負 担 額	640	円
	診療・調剤	医療機関名 薬局名	□□薬局	外来	診療・調剤 日数	2	酬 点	456	点
				入院	2	日	自 負 担 額	910	円
	診療・調剤	医療機関名 薬局名	〇〇〇眼科 ◇◇◇メガネ店	外来	診療・調剤 日数		酬 点	12345	円
				入院	1	日	自 負 担 額	12345	円
	診療・調剤	医療機関名 薬局名	〇〇〇〇病院 ◇◇◇義肢製作所	外来	診療・調剤 日数		酬 点		点
				入院			自 負 担 額		円

添付が必要な書類

①保険診療の場合

- ・医療機関の領収書 (原本を提出)  
1か月分をまとめて申請してください。

②補装具の場合

- ・医師の診断書
- ・補装具の領収書  
(医師の診断による補装具内容が記載されているもの)

③弱視用眼鏡 (9歳未満) の場合

- ※支給限度額・更新条件があります。
- ・医師の処方箋 (作成指示書)
- ・眼鏡の領収書

地域自治センター  
で・子育て支援課

認1    確認2

係長    課長