

## 福祉医療費交付申請書

年 月 日

（宛先）下関市長

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請いたします。

申請者（福祉医療費受給者）または相続人

受給者証  
記号・番号 

--	--

 - 

--	--	--	--	--	--

住 所 下関市

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

電 話 \_\_\_\_\_

相続人氏名 \_\_\_\_\_

加入医療保険

被保険者証	記号	<input type="checkbox"/> 山1	番号	
被保険者 <small>（国保の場合は世帯主）</small>	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <span style="float: right;">（続柄 _____）</span>		
保険者	名称	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（ _____ ）支部 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

振込先口座 ※申請者（福祉医療費受給者）または加入医療保険の被保険者名義の口座

<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫		<input type="checkbox"/> 本店											
<input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> 信用組合		<input type="checkbox"/> 支店・支所・出張所											
口座名義人 <small>※カタカナで記入</small>													
種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										

- ・支給日は、原則として申請月の翌月の25日（土日祝日の場合はその前日）です。
- ・領収書に不備がある場合は、病院に問い合わせさせて頂く場合があります。

以下の欄は記入しないでください。

受付処理欄	領収書受理枚数	枚								
	治療用装具等の場合	国保または後期： <input type="checkbox"/> 医証、領収書、見積書								
		社保： <input type="checkbox"/> 社保の支給決定通知書、医証、領収書、見積書								
受付者	障害者支援課（ _____ ）		（ _____ ）総合支所・		（ _____ ）支所		担当（ _____ ）			
障害者支援課 担当処理欄	<input type="checkbox"/> 入力	福祉医療開始日			年 月 日					
		支給決定額						円		
		個人コード								

## 福祉医療費交付申請書

記入例

令和3年4月1日

(宛先) 下関市長

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請いたします。

申請者（福祉医療費受給者）または相続人

受給者証  
記号・番号

6 2 - 1 2 3 4 5

住所

下関市

南部町1番1号

氏名

下関 花子 生年月日 平成3年10月1日

電話

231-1111

相続人氏名

下関 太郎

加入医療保険

被保険者証	記号	<input checked="" type="checkbox"/> 山1	番号	01234567
被保険者 (国保の場合は世帯主)	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 下関 太郎		(続柄 夫)
保険者	名称	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ( ) 支部 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療

振込先口座 ※申請者（福祉医療費受給者）または加入医療保険の被保険者名義の口座

〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 協同組合	<input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 〇〇	支店・支所・出張所					
口座名義人 ※カタカナで記入	シモノセキ タロウ								
種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7

- ・支給日は、原則として申請月の翌月の25日（土日祝日の場合はその前日）です。
- ・領収書に不備がある場合は、病院に問い合わせさせて頂く場合があります。

以下の欄は記入しないでください。

以下は記入不要です。

受付処理欄	領収書受理枚数	枚						
	治療用装具等の場合	国保または後期： <input type="checkbox"/> 医証、領収書、見積書 社保： <input type="checkbox"/> 社保の支給決定通知書、医証、領収書、見積書						
受付者	障害者支援課 ( )		( ) 総合支所・( ) 支所		担当 ( )			
障害者支援課 担当処理欄	<input type="checkbox"/> 入力	福祉医療開始日			年	月	日	
		支給決定額					円	
		個人コード						