

福祉医療費給付申請書

平成 年 月 日

甘楽町長 様

(申請者) 住 所 甘楽町大字

氏 名 印 (続柄)

電 話 ()

次のとおり診療等を受けたので甘楽町福祉医療費の支給に関する条例に基づき、福祉医療費の支給を申請します。

受給資格者氏名		公費負担者番号					
生 年 月 日		年 月 日生		受給資格者番号		X	
医療保険の種類等			記号番号		被保険者、組合員、加入者又は世帯主名		
国保・社保・組合・共済・後期高齢・その他()							
診 療		保険診療 総点数	窓 口 徴 収 額			医療機関名	交通災害 そ の 他
年 月	日数等		一部負担金	標準負担額	他法による 費用徴収額		
年 入 月 外	日	点	円	円	円		
*保険点数×10× 割			*決定金額		*確認		
年 入 月 外	日	点	円	円	円		
*保険点数×10× 割			*決定金額		*確認		
年 入 月 外	日	点	円	円	円		
*保険点数×10× 割			*決定金額		*確認		
年 入 月 外	日	点	円	円	円		
*保険点数×10× 割			*決定金額		*確認		
年 入 月 外	日	点	円	円	円		
*保険点数×10× 割			*決定金額		*確認		
振込金融機関名		金融機関コード	預金種目	口座番号		フリガナ 名義人	
銀行・信金 信組・農協			普 通 貯 蓄 当 座				
本店・支店							

(注)申請書の二本線から上部及び口座番号等は、申請者が記入してください。

福祉医療費の支給対象額について

福祉医療費として支給対象となる額は、医療機関に支払った一部負担金です。ただし、他の法令や制度等により一部負担金の全部又は一部について給付されるときは、その給付される額を控除した残りの額となります。

このため、下記の事項に該当するときは、その旨を速やかに町長に届け出なければなりません。

また、下記により支給された額を控除せずに福祉医療費が支給された場合には、控除されなかった額（差額分）を町長に返還しなければなりません。

1. 社会保険関係各法に基づく「高額療養費」の支給があった場合

※世帯単位の一部負担金が合算されたとき（世帯合算）や、当該療養以前12ヶ月以内の高額療養費の支給が3回以上ある場合の特例（多数該当）の適用を受けた場合を含む。

2. 社会保険関係各法に基づく「高額介護合算療養費」の支給があった場合

3. 社会保険関係各法に基づく「附加給付」の支給があった場合

4. 独立行政法人日本スポーツ振興センター法に基づく「災害共済給付」の支給があった場合

（学校等の管理下で負った傷病により、災害共済給付の給付が受けられる場合）

5. 損害賠償金の補填を受けられる場合

（交通事故等、第三者に対して損害賠償金の支払いの請求ができる場合）

確 認 欄

わたしは、上記の各給付に該当することが分かったときはその旨を速やかに町長に届け出ます。

また、上記給付分が控除されずに福祉医療費の支給を受けた場合は、差額分を町長に返還します。

平成 年 月 日

住 所 甘楽町大字

氏 名

印