

本庁受付印	支所受付印	伺		
		執行 課長		公印 使用

太枠の中を記入してください。

対象区分番号は、対象区分及び負担者番号8桁のうち上2桁です。受給者番号には7桁をそのまま記入してください。

福祉医療費支給				
医療を受けた者の氏名、保険区分、受給者番号等				
氏名	大館 裕太	保険区分	<ul style="list-style-type: none"> ・被用者保険 (本人・家族) ・組回国保 ・市国保一般 ・退(本人・家族) ・後期高齢者医療 	対象区分番号 7 4
生年月日	大正・昭和 平成 令和 30 年 4 月 1 日			受給者番号 7 8 9 0 1 2 3
医療を受けた病院等の名称及び所在地		病院等の名称 弘前〇〇病院		
		所在地 弘前市〇〇××番地		
入院・入院外の別	入院・ 入院外	医療を受けた期間 自 31 年 4 月 至 31 年 4 月		
申請理由 県外診療 ・公費自己負担金・遡及・その他()				
申請額		円		
療養給付費の総額 ①		別添のとおり 円		
自己負担相当額	① × $\frac{\quad}{100}$ - 高額療養費	円		
福祉医療費支給申請(決定)額		円		
上記のとおり福祉医療費の支給の申請をします				
令和 元 年 5 月 20 日				
申請者		住所 大館市 字中城20番地		
		氏名 大館 太郎 ㊞		
大館市長様		電話 0186 (43) 7046		

申請者は原則受給者本人です。申請者の振込先の登録をする場合は、「債権者登録申請書」も提出してください。