様式第13号(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉医療費助成申請書 | | | | | | | | | |
| 医療証(資格証)  受給者番号 | |  | | 氏名 | |  | 生年月日 | | 年　　月　　日生 |
| 医療機関名 | 名称 | |  | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | |
| 医療内容 | 入院入院外の別 | | 入院・入院外 | | | | | | |
| 期間 | | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日までの間 | | | | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者(組合員)名 | | | | 保険証記号番号  （枝番） | | | 保険者名 | |
|  | | | |  | | |  | |
| 申請額　金　　　　　　　　　　円  　　内訳　本人支払額　　　　　　　　　　円(別紙領収書のとおり)  　　　　　控除額　　　　　　　　　　円  　　　　　差引　　　　　　　　　　円(助成対象額)  　上記のとおり申請します。  　　　　　　年　　月　　日  申請者　住所  氏名  (助成対象者との続柄　　　　　)  　　出雲市長　　　　　　　　　　　様 | | | | | | | | | |