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 |