様式第１号（第５条関係）

公費負担医療自己負担額支給申請書兼請求書

年　　月　　日

たつの市長　様

住　　所
申請者　氏　　名
電話番号

下記のとおり、関係書類を添えて支給申請及び請求をします。
（内容審査において、保護者又は扶養義務者の住民基本台帳による調査を承諾します。）

請求金額　　金　　円

対象者氏名		対象者生年月日	
加入医療保険（保険者番号）		加入医療保険記号番号	
保護者氏名（又は扶養義務者）		保護者住所（又は扶養義務者）	
医療機関名	名称	入院・通院	年　月　日 年　月　日 （　　）日間
公費の種類	□ 自立支援医療（ 育成医療 ・ 精神通院 ） □ 小児慢性特定疾患治療研究事業　□ 特定疾患治療研究事業 □ 肝炎治療特別促進事業　□ 結核患者の医療 □ その他（　　）		

なお、この支給金については、下記預金口座へ振込んでください。

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 支所 出張所	フリガナ		
			口座名義人		
			口座番号		
			口座種別	普通	当座　貯蓄

福祉医療制度	□乳幼児等	□こども	受給者番号		高校生等医療費助成制度	□高校生等

※審査	医療費総額	医療保険給付額	本来の一部負担額	公費負担額	公費負担医療自己負担額（本人支払額）	参考（自己負担限度額）