

福祉医療費支給申請書
(障害者 (児))

年 月 日

木津川市長 宛て

住 所 木津川市

申請者 氏 名

電話番号 — —

平成 年 月 日
次のとおり令和 年 月分の福祉医療費の支給を申請します。

受給者番号								フリガナ 受給者氏名	☐ 申請者に同じ		
医療保険種別	国保	協け	共済	組健	他	生年月日		昭・平・令	年	月	日

申請する受診分に学校等でのケガを (☐ 含む ☐ 含まない)
支給については、

- ☐ 前回支給時と同じ口座に振込を希望します
☐ 次の口座に振込を希望します

振込口座	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所	口座種別	普通 ・ 当座							
			口座番号								
			フリガナ 口座名義人								

- (お願い)
- ・ 支給申請は、支払日の翌日から起算して 5年以内に行ってください。
 - ・ 申請書は、1か月ごとに作成してください。
 - ・ 必ず領収証書原本をご持参ください。領収証書に受診回数や診療報酬点数等の記載がない場合、医療機関で補記していただき、補記された領収証書を添付してください。
 - ・ 自己負担限度額を超えた場合や付加給付金の給付を受けられた場合、また補装具を作製した場合の必要書類については裏面をご参照ください。
 - ・ 初めて支給申請される際や、以前の振込先と別の振込口座を希望される場合は、通帳等の振込先のわかるものの写しを添付するか、ご持参ください。
- (注意事項)
- ・ 健康保険法及び国民健康保険法に基づき10円未満の端数について四捨五入されるため、支給額がお支払いされた金額よりも少なくなることがあります。
 - ・ ご提出いただいた領収証書は支給対象外の場合を除き返却しません。

※以下の欄は記入しないでください。

医療費が高額となった場合

自己負担限度額を超えてお支払いをされた場合は、先に加入の健康保険で高額療養費等の申請を行ってください。また、付加給付の給付を受けられる場合も、支給証明書等を提出してください。

- ☐ 申請書
- ☐ 領収証書
- ☐ 支給決定通知書等（高額療養費・付加給付）

◆自己負担限度額（70歳未満） ※詳細については保険証発行機関にお問い合わせください

所得要件(総所得金額等-33万円)	限度額	4回目以降限度額
902万円超	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
600万円超 901万円以下	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
210万円超 600万円以下	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
210万円以下	57,600円	44,400円
住民税非課税	35,400円	24,600円

◆特定疾病療養受療証を提示したお支払いの限度額（外来と調剤は合算可） 月 10,000円

補装具を作製した場合

健康保険の対象となる補装具を作製した場合、次の書類を添付してください。

- ☐ 申請書
- ☐ 領収証書
- ☐ 明細書
- ☐ 医師の診断書及び装着証明書
- ☐ 支給決定通知書（加入している健康保険から健康保険適用分の支給を受けてください）

※9歳未満のお子さまの治療用眼鏡等の支給については、上限額があります。