

領収書原本返却	有
	無

太枠内を全て記入してください。



福祉医療費（老人・障害・ひとり親）・子育て支援医療費支給申請書

宇治市長 宛て		年 月 日	
申請者	住 所		
	氏 名	続柄	
	電話番号 - -		

下記対象者に係る福祉医療費又は子育て支援医療費の支給を申請します。

対象者	負担者番号	4		2	6					1 老人 3 障害 4 ひとり親 5 子育て
	公費負担医療の 受給者番号									
	住所	☐ 同上								
	氏名	☐ 同上				生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日			

☐ 前回申請時と同じ口座

支給口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人
	銀行		普通 当座		カナ
	信金	本店			
	農協	支店			
	労金	出張所			
					漢字

- ・ 窓口にて申請される際は、受給者証・被保険者証を持参してください。
- ・ 申請書は、対象者お一人につき1枚必要です。
- ・ 対象者以外の口座への支給を希望される場合は、別途委任状が必要となります。（未成年者を除く）

～事務処理欄～

国保決定待ち	有	高額 ・ 療養費（補装具等） ・ その他（ ）
	無	

丸老申請区分	高額（一般・低Ⅱ・低Ⅰ）	府外受診（3割）	その他（ ）
	世帯合算（対象受給者番号： ）		

領収書枚数

年	
年	
年	