

福祉医療制度使用状況調査票

年 組 氏 名 _____

①医療機関等・薬局の窓口支払明細について

* 保険適用外のガーゼや包帯などの衛生材料費、差額ベッド代、松葉杖のレンタル代金、200床以上の病院に紹介状無しで行った場合の特別料金、歯科の自由診療などは給付対象外です。金額から除いてください。

他のけがや病気で月に3回以上通院したため負担額支払がなかった場合は0円とご記入ください。

月	医療機関等・薬局名	公費助成制度利用状況	窓口支払金額
(例)	〇〇〇病 院・クリニック等 又は 〇 〇〇薬局	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 利用してしまった (〇〇〇〇医療証)	1回目負担額 〇,〇〇〇円 2回目負担額 〇,〇〇〇円
月		<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用してしまった (医療証)	1 回目 ()円 2 回目 ()円
月		<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用してしまった (医療証)	1 回目 ()円 2 回目 ()円
月		<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用してしまった (医療証)	1 回目 ()円 2 回目 ()円
月		<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用してしまった (医療証)	1 回目 ()円 2 回目 ()円

・学校管理下のけがで日本スポーツ振興センターへ申請される場合は、医療機関等・薬局での窓口では健康保険証のみを提示してお支払いいただくようお願いしております。(令和3年6月通知)なお、福祉医療助成制度を使用しないで受診していただくよう尼崎市 福祉医療課から受給者様へ通知されております。福祉医療助成制度についてのお問い合わせは直接尼崎市福祉医療課へお問い合わせください。

②治療用装具を購入した方はこちらにもご記入ください。

つぎのいずれかに○をつけて、還付手続きをしている場合は金額をご記入ください。

[] 市役所福祉医療課で還付の手続きをしていない。(下欄へのご記入は不要です。)

[] 市役所福祉医療課で還付の手続きをした。(下欄に金額をご記入ください)

[] 市役所福祉医療課で還付の手続き中である。

※市役所福祉医療課で還付手続きをした場合は、返ってきた額が確定してから日本スポーツ振興センターに申請してください。

- ・病院等で支払った額[]円
- ・健康保険から返ってきた額[]円
- ・市役所福祉医療課から返ってきた額[]円

③振込希望口座をご記入ください(できるだけ、学年諸費で使用している口座)

銀行名	店番	支店名	口座種類	口座番号 7ケタ	口座名義 カタカナ
			普通・当座		

*間違って記入されますと、振り込みができませんので正確にご記入ください