

様式第13号（第11条関係）

大村市福祉医療費の請求及び受領に関する同意書

1 代理申請について

大村市福祉医療費の支給に関する条例第6条第1項及び大村市福祉医療費の支給に関する条例施行規則第11条第1項の規定に基づき、福祉医療費支給申請を大村市内の保険医療機関が代理申請することに同意します。

2 福祉医療費の支給について

福祉医療費の支給は、次の口座（大村市福祉医療費の支給に関する条例施行規則第7条第2項各号に掲げる変更届を提出した場合にあっては、当該変更届に記載した口座）に振り込んでいただきますようお願いいたします。なお、振込日をもって福祉医療費を受領したものと認めます。

福祉医療費振込口座

金融機関名	本支店名	口座番号	口座名義人（カナ）

3 高額療養費、附加給付金等の請求及び受領について

支給された福祉医療費の全部又は一部が高額療養費、附加給付金等の対象となる場合は、当該高額療養費、附加給付金等の請求及び受領の権限を市長に委任します。

また、支給された福祉医療費の全部又は一部が高額療養費、附加給付金等の対象となる場合は、当該福祉医療費相当額を返還します。

年 月 日

大村市長 様

住 所 大村市 _____

受給者氏名 _____

(未成年の場合は、保護者の氏名) _____

電話番号 _____

※ この欄は、記入する必要はありません。

医療区分	受給者番号