

# 記載例

(係)

## 福祉医療費給付金支給申請書

○年 ○月 ○日

(宛先) 安曇野市長

申請者の住所、氏名、電話番号をご記入ください。

住所  
氏名  
電話

安曇野市

下記のとおり福祉医療費給付金の支給を申請します。

申請者記入欄	事業番号	区分	児童・障害者・母子家庭等・父子家庭・老人
	受給者番号	備考	
	氏名		
	生年月日		

支給申請される方の受給者番号、氏名、生年月日をご記入ください。

該当する資格区分を○で囲ってください。

医療機関等証明欄	受診者	診療年月	年 月	入院・外来
	生年月日	年 月 日	当月入院・外来日数	日
	保険種別	1 国保(一般/退職) 2 国保組合 3 政管健保 4 健保組合 5 共済 6 その他( )	受診又は入院の期間	年 月 日から 年 月 日まで
		A 本人 B 扶養	診療報酬総点数	点
			負担割合	割
	医療機関番号		受診者負担金額 (本人支払額)	円
年 月 日		住所		
		医療機関 名称		
		氏名	印	

市記入欄	総医療費	負担割合	負担額	公費負担等	高額療養費 高額医療費	付加給付等	支給決定額
	円	割	円	円	円	円	円
備考							