様式第６号（第10条関係）

福祉医療費給付金支給申請書福祉医療費給付金支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | 年　　月　　日  　（宛先）　安曇野市長    　　　　　　　　　　　　住所　安曇野市  　　　　　　　　申請者  　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　（　　　　　）  下記のとおり福祉医療費給付金の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 年　　　月　日 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |
| 診療報酬総点数 | | 点 | |
| Ａ　本人　　　　Ｂ　扶養 | | | | | | | | | | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | |