

安曇野市福祉医療費資金貸付申請書

(宛先) 安曇野市長

安曇野市福祉医療費資金の貸付けを受けたいので、下記の内容により金銭消費貸借契約を申し込みます。なお、貸付けを受けるにあたっては、安曇野市福祉医療費資金貸付規則の内容について理解し、これを遵守します。

医療機関・薬局で
ご記入ください。

令和〇年 △ 月 □ 日

(貸付申請者)

住所 安曇野市豊科12345番地

氏名 医療法人〇〇会 ××医院

電話番号 0263 (00) 0000

印

借受者・診療月が複数になった場合もまとめて1枚で申請してください。

記

事業番号		受給者番号			
ふりがな 借受者氏名	「別紙の通り」としていただければ結構です。→住所等の記載不要です		生年月日	年	月 日
住所	安曇野市				
借受申請金額					*,*** 円
償還期限・方法	安曇野市福祉医療費資金貸付規則第7条のとおり				
利息	無利息				
その他	次のいずれかに該当すると市長が認めたときは、直 (1) 偽りその他不正な手段により貸付けを受けたとき。 (2) 貸付認定資格を喪失したとき。 (3) 医療機関等への支払いを怠ったとき。 (4) 安曇野市福祉医療費資金貸付規則第7条第6項に規定する給付金の支給額と貸付金の貸付債権の額に満たないときの差額の支払いを正当な理由なく怠ったとき。				
振込み先	銀行・信金・信組 農協・()		支店 支所		
	普通・当座	口座番号			
	フリガナ 口座名義				

借受者・診療月が複数になった場合は、合計の金額を記入してください。

委任状に記載した口座と同一であれば記入不要です。

*添付書類…医療機関が発行する請求書または診療明細書

委任状の写し(本人・家族以外の者が申請または受領する場合)

記入例

別紙

診療・調剤の月を記入 …月遅れ等で複数月分を同時に提出する際は、診療月ごとに作成してください。なお、申請書(様式第5号)はまとめて1枚で結構です。

		令和○年□月	診療・調剤分
受給者氏名	安曇野 一郎	入外・日数	入院・外来 ○ 日分
		診療点数	×××× 点
受給者番号	0012345678	自己負担額	△△△ 円
生年月日	S**, **, **	(保険診療分のみ)	
特記事項			
受給者氏名	長野 福子	入外・日数	入院・外来 ● 日分
		診療点数	△△△△ 点
受給者番号	0098765432	自己負担額	××× 円
	** , * , *		
受給者氏名	長野 福子	入外・日数	入院・外来 ◎ 日分
		診療点数	◇◇◇ 点
受給者番号	0098765432	自己負担額	△△△円
生年月日	H **, * , *	(保険診療分のみ)	
特記事項 保険対象外の自己負担あり (食費○○円、病衣△△円)			
受給者氏名		入外・日数	入院・外来 日分
		診療点数	点
受給者番号		自己負担額	円
生年月日		(保険診療分のみ)	
特記事項			
貸付利用の診療に係る自己負担総額			* , * * * 円

レセプトが分かれる場合(入外、保険変更等)はそれぞれにご記入ください。

現物給付対象者の場合も、500円ではなく純粋な自己負担割合額でご記入ください

留意事項等あればご記入ください。

福祉医療費貸付制度を利用した診療について、上記のとおりです。

令和○年 △ 月 □ 日

住所 安曇野市豊科12345番地

医療機関名 医療法人○○会 ××医院

印

電話番号 0263 (00) 0000

*貸付対象とならない、償還方式での受診分、自費負担分等を除いた上で、受給者毎にひと月分を合計して記載してください。

*受診翌月の10日頃までに提出してください。

貸付資格認定を受けていても、貸付を利用せず窓口で負担した場合は記載不要です。