

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										

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 ㊟											

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						