

様式第3号 (第5条関係)

茅野市福祉医療費給付金支給申請書

年 月 日

(宛先) 茅 野 市 長

次のとおり福祉医療費給付金を申請します。

※資格区分	1 こども 4 母子・父子家庭等	2 心身障害者 5 75歳以上低所得者	3 65歳以上国年別表該当
受給者番号			
申請者	住所	茅野市	
	氏名	⑩	電話番号
受給者	氏名	生年月日	年 月 日
加入医療保険	記号	番号	被保険者氏名
	保険者名称		資格取得日(認定日) 年 月 日

医療機関等証明欄	診療月	入院	外来
	年 月		
	日数(回数)	日	日
	診療報酬総点数	点	点
	公費	点	点
	一部負担金	円	円
	食事療養費負担額	円	
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関等 住所 氏名 ⑩			

※市処理欄	本人支払額	点 × = 円
	食事標準負担額	円
	付加給付額	円
	高額療養費	円
	支給決定額	円

※領収書を必ず添付してください。レシートの場合は受診者及び保険診療分と実費の区別を明記して、医療機関等の証明印をもらってください。

※用紙は、一つの医療機関等につき月に1枚です。

受付	
----	--