

福祉医療費給付金支給申請書

（乳幼児等・障害者・母子・父子）

年 月 日

喬木村長 様

住 所

申 請 者 氏 名

電 話 番 号

次のとおり、領収書を添えて福祉医療費給付金の支給を申請します。

診療を受けた者の氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	受給者番号	
加入医療保険		記号・番号	

(※役場記入欄)

診療報酬請求額証明書

年 月診療分

医療機関名・調剤薬局名	区分	診療日数	診療点数	一部負担金	備 考
	入・外	日	点	円	
	入・外	日	点	円	
	入・外	日	点	円	
	入・外	日	点	円	
	入・外	日	点	円	
	入・外	日	点	円	
	入・外	日	点	円	
	入・外	日	点	円	
	入・外	日	点	円	
支給月	年 月	入力	年 月 日	支給決定額	円

※県外の医療機関を受診した場合、この申請書に記入の上、医療機関の領収書を添えて提出して下さい。
 ※医療機関の領収書は、患者名、医療機関名、診療年月日、診療点数、入院と入院外の区別が明記されているものに限りです。

(添付書類)

- ・領収書の写し