

福 祉 医 療 費 支 給 申 請 書

長与町長 様

提出日 年 月 日

下記のとおり福祉医療費の支給を申請します。

(ふりがな)		電話番号	— —		
申請者氏名 (受給者)		受給者証番号			
住 所	長与町	郷 丁目	番地		
(ふりがな)		受診者 生年月日	年 月 日		
受診者氏名 (支給対象者)	※申請者と同一であれば省略可				
保険証の名称					
申 請 種 別	身体 1.2級	身体 3級	療育 A1.A2	療育 B1	精神 1級
	難病	乳幼児 (就学前)	こども (小学生)	こども (中学生)	こども (高校生)
	母子の母	母子の子	父子の父	父子の子	寡婦

診 療 報 酬 証 明 書					
診療月	診 療 日 数	区分	保 険 診 療 点 数	保険診療内の本人支払額	
年 月分	日	入院・外来	点	円	
年 月分	日	入院・外来	点	円	
年 月分	日	入院・外来	点	円	
年 月分	日	入院・外来	点	円	
年 月分	日	入院・外来	点	円	
年 月分	日	入院・外来	点	円	
年 月分	日	入院・外来	点	円	
年 月分	日	入院・外来	点	円	
年 月分	日	入院・外来	点	円	
年 月分	日	入院・外来	点	円	
年 月分	日	入院・外来	点	円	
上記のとおり領収したことを証明します。					
年 月 日		住所	印		
		医療機関名			

【事務処理欄】 ※記入不要

入 外 歯 薬	日数	総医療費	一部負担金 A	高額療養費等 B	自己負担 C	支給額 A－B－C
					0	
					800	
					1,200	
	日				1,600	円