

乳幼児・児童 障がい者
老人 母子 父子

福祉医療費給付金支給申請書

申請者記入欄	平成 年 月 日											
	箕輪町長様											
	(申請者住所) 箕輪町大字											

	(申請者氏名) _____ (区 組) _____											
	(申請者氏名) _____ (印)											
	(電話番号) _____											
	次のとおり給付金の支給を申請します。											
	事業番号			受給者番号			0 4					
フリガナ			生年月日			明治・大正 年 月 日			昭和・平成			
受給者氏名												
診療期間			平成 年 月 日から			医療機関名						
			平成 年 月 日まで									
上記の医療費は第三者行為に起因した医療費でないことを申し立てます												

・添付書類 医療機関受診の際の領収書
(患者名及び保険内診療であることが分かるもの)