（様式第３号）（第４条関係）

箕輪町福祉医療費給付金支給申請書

年　　月　　日

箕輪町長

申請者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の医療費は第３者行為に起因した医療費ではないため、福祉医療費給付金の支給を申請します。

受給者	氏名		生年月日	続柄
	（ふりがな）		年　月　日	
事業番号		受給者番号		
診療期間	年　月　日から	医療機関名		
	年　月　日まで			

添付書類・医療機関受診の際の領収書（患者名及び保険診療内であることがわかるもの）

・加入医療保険者から発行される支給医療費決定通知書等

以下　町記入欄

診療月	種別	入外	日数	点数	窓口負担額	医療機関名	負担額	給付金	給付月	入力日