（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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |