

(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