

記入例

松本市福祉医療費給付金支給申請書(市申請用)

年 月 日

(あて先)松本市長

申請者
(本人又は保護者)

郵便番号 〒390-8620
(POSTCODE)

住所 長野県松本市丸の内3番7号
(ADDRESS)

方書(アパート名など)
(C/O)

氏名 松本 太郎
(NAME)

電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
(PHONE)

郵便番号、住所、方書、氏名、
電話番号をご記入ください。

申請者記入欄(太枠内)をご記入ください。

次のとおり福祉医療費給付金の支給を申請します。

申請者記入欄 (受給者証の内容を記入してください。)					
該当区分に ○印	受給資格区分		受給者番号	ふりがな	まつもと はなこ
	○	乳幼児等	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	氏名	松本 花子
		母子家庭の母子		生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
		父子家庭の父子		加入医療保険	
		父母のいない児童	健康保険協会〇〇支部	保険者番号	
		障害者	0 1 2 0 0 0 1 3		

医療機関(市役所)記入欄 ●入院・入院外別に、診療月ごとに証明してください。							
医療証明兼領収書	診療年月		入院	入院外	公費	次のとおり証明します。 年 月 日	
	年	月			番号		
			1	2			併用
	当月入院 又は外来日数		日				
	総点数 又は総医療費		点又は 円				
患者負担額		円				医療機関	
食事療養費	回数		回			住所	
	総額		円			名称	
	患者負担額		円			氏名	
	市処理欄償還額		円			備考欄	
医療機関コード							