

千曲市福祉医療費給付金 支給申請書

申請者記入欄	(宛先) 千曲市長		令和 年 月 日		
	申請者		住所		
			氏名		
			電話		
以下のとおり、 年 月 診療分を申請します。					
該当する番号に○印をつけて下さい。		1. 乳幼児等 2. 障害者() (一般・後期)			
		3. 母子家庭の母子等 4. 父子家庭の父子			
受給者氏名		受給者番号			
生年月日		明・大・昭・平・令 年 月 日生			

医療機関等証明書欄	年 月分 証明書				
	保険診療報酬()科	入院	日	保険診療報酬点数	点
			回	食事療養費標準負担額	円
			日	生活療養費標準負担額	円
		外来	日	保険診療報酬点数	点
	後期高齢者医療制度による一部負担金()科	入院	日	保険診療報酬点数	点
				一部負担金	円
			回	食事療養費標準負担額	円
		日	生活療養費標準負担額	円	
		外来	日	保険診療報酬点数	点
			一部負担金	円	
訪問看護療養費		日	基本利用料	円	
公費負担医療		日	一部負担金	円	
上記のとおり証明します。 年 月 日					
医療機関等名称 ㊞					

支給欄	窓口	健康保険			その他		
		国・協・組・共・組国・後・()					
	本人負担額 A	高額療養費 B	付加給付 C	自己負担額 D (A-B-C)	受給者金 E	支給決定額 (D-E)	入力確認