

## 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		

医療機関等証明欄	年 月分 証明書							
	保険診療報酬点数( )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
		外来	日	生活療養費標準負担額				
			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
			回	一部負担金				円
			日	食事療養費標準負担額				円
		外来	日	生活療養費標準負担額				円
			日	保険診療報酬点数				点
回			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 <span style="float: right;">印</span>								

支給欄	窓口		保険証			その他	
	確認欄		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)	受給者負担金 E	支給決定額 (D-E)	入力確認