

83	乳幼児・児童
85	ひとり親
87	障害児

福祉医療費特別給付金支給申請書

令和 年 月 日

大町市長 殿

申請者住所
(本人又は保護者) 氏名

印

下記により福祉医療費特別給付金の支給を受けたいので申請します。

公費負担者番号		受給者名	
受給者番号		生年月日	T・S・H・R . . 生
加入している医療保険証			
名称		保険者番号	

診療報酬証明

受診者 (受給者)		診療年月	年 月	入院	入院外
				1	2
生年月日	T・S・H・R . . 生	当月入院・外来日数		日	
入院開始日	年 月 日	食事療養費該当日数		日	
受診期間	年 月 日から	保険対象	総点数	点	
	年 月 日まで		患者負担額	円	
処方せんの発行			薬剤費負担額	円	
発行医療機関名			食事療養費	円	
			食自己負担額	円	
令和 年 月 日		医療機関コード			

医療機関
住所
名称
氏名

印

*受給者証番号欄は、
受給者証を見て記入してください。

入院・入院外別に、各月ごとに証明してください。

申請者記入欄

医療機関証明欄