

様式第3号(第4条関係)

佐久穂町福祉医療費給付金交付申請書

(宛先) 佐久穂町長

申請日 令和 年 月 日

〒

申請者 住所: 佐久穂町大字

氏名: _____

電話番号: _____

下記により福祉医療費給付金交付申請をします。

受給者	住所: 佐久穂町大字
	氏名: _____
	生年月日: <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	事業番号: _____ 受給者番号: _____

○医療機関が発行した領収書を添付してください。(申請期限: 診療月の翌月から1年以内)

(○領収書がない場合のみ、下記に医療機関の証明を受けてください。)

医療機関	診療月: 令和 年 月 診療科名: _____
	診療区分: 入院・外来 入院・診療日数: _____ 日
	診療報酬総点数・調剤報酬点数 _____ 点
	一部負担金額・訪問看護利用料 _____ 円
	公費負担制度適用 自立支援医療 (精神通院・更生・育成) 特定疾病医療 ・ その他(_____)
	その他 _____ ※点数と一部負担金額(自己負担分)はそれぞれ記入してください。
	(医療機関名・証明) 上記の診療点数等について証明します。 令和 年 月 日 (医療機関名)

○以下記入不要(役場審査用)

役場	受付 令和 年 月 日	保険適用支払額 _____ 円
	支給月 令和 年 月	控除額(_____) _____ 円
	処理確認	控除額(_____) _____ 円
		控除額(_____) _____ 円
		福祉医療費支給額 _____ 円