

福祉医療費交付申請書

年 月 日

長門市長 様

申請者 住 所 長門市
氏 名
電話番号 (- -)
受給者証
記号番号 長門 -

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請します。

現金払			
支払方法	口座振替	フリガナ	
		口座名義人	
		金融機関名	
		支店等名	
		種目	普通 ・ 当座
		口座番号	
支払金額※	月分	円	

※ 支払金額の欄は記入しないでください。

別紙

療 養 給 付 費 証 明 願

記 号 番 号		保 險 名	
受 給 者	住 所	男 ・ 女	生 年 月 日 年 月 日生
	氏 名		
	受給者証 記号番号		
診 療 区 分	年 月 日	入 院 入院外	
医 療 機 関			
このことについて、下記事項について証明願います。 年 月 日 被保険者氏名 保険者 様			

証 明 書			
医 療 機 関		診 療 日 数	入 院 入院外 日
医 療 費 総 額			
他 法 給 付 額			
療 養 の 給 付	本 人 負 担 額		
食 事 療 養	標 準 負 担 額	(@ 円 × 日)	
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 保険者			

この証明書は、重度心身障害者、乳幼児及び母子家庭に対する医療費を助成するためのものです。

お手数ながら御協力くださるようお願いいたします。

なお、本人負担額には、高額療養費、付加給付等支給後の負担額を記入してください。

おって、下記※印の欄には記入しないでください。

支 給 決 定 額	※ 円
-----------	-----