

松本市福祉医療費給付金支給申請書(市申請用)

年 月 日

(あて先)松本市長

申請者
(本人又は保護者)

郵便番号
(POSTCODE)

住所
(ADDRESS)

方書(アパート名など)
(C/O)

氏名
(NAME)

電話
(PHONE)

次のとおり福祉医療費給付金の支給を申請します。

申請者記入欄 (受給者証の内容を記入してください。)						
該 当 区 分 に ○ 印	受給資格区分		受給者番号		ふりがな	
		乳幼児等			氏名	
		母子家庭の母子				
		父子家庭の父子			生年月日	年 月 日
		父母のいない児童	加入 医療 保険	保険者名		保険者番号
		障害者				

医療機関(市役所)記入欄 ●入院・入院外別に、診療月ごとに証明してください。							
医 療 証 明 兼 領 収 書	診療年月		入院	入院外	公 費		次のとおり証明します。 年 月 日 医療機関 住所 名称 氏名 (印)
	年	月			番号	併用	
			1	2		有	
	当月入院 又は外来日数		日				
	総点数 又は総医療費		点又は 円				
	患者負担額		円				
食 事 療 養 費	回 数		回		備考欄		
	総 額		円				
	患者負担額		円				
	市処理欄償還額		円				
医療機関コード							