様式第3号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 富士見町福祉医療費給付金支給申請書 | 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 県・町 | 年　　　　月　　　　日　申請 |
| 申請人記入欄 | 　富士見町長　殿1. 乳幼児及び児童等　　　　　　　　　　　　申請者　住所　富士見町
2. 障害者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　行政区(　　　 　　　　　)
3. 障害者（後期高齢者医療保険加入者）　　　　　　氏名
4. 母子家庭等又は父子家庭 電　　話　　 　 　―　 　　　―

　　下記により福祉医療費給付金の支給を受けたいので申請します。 |
| 加入医療保険名称 | 　 | 記号・番号 | ― |
| 　 |
| 受給資格対象者氏名 | 　 | 生年月日 |  | ・　 　　・ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関証明書 | 年　　月診療分 | 療養の給付等 | 入院 | 科 |
| 入院開始日 | 年　　 　月　　 　日 |
| 食事療養負担額生活療養標準負担額 | 　 |
| 入院外 | 科 |
| 上記療養日数 | 日 |
| 総点数又は総医療費 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 点・円 |
| 本人負担金(公費併用は一般診療を含む) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| 　　上記のとおり証明します。　　　　　 　年　　　 月　　 　日住所　　　　　　　　　　　　医療機関等 名称　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　 　　印　 |

●入院・入院外別に、診療月ごと(診療報酬明細ごと)に証明してください。

* 領収書添付の場合は上欄の医療機関証明書は不要です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 役場記入欄 | 備考 | 本人支払額 | 入院 | ×　 　 割＝　　　　　円 |
| 外来 | × 　　 割＝　　　　　円 |
| 公費(他法負担) | 自支・難病・小慢・長期・スポ |
| 高額療養費 | 円 |
| 付加給付金 | 円 |
| 一部負担金 | 300円 |
| 支給決定額 | 円 |