

申 請 者 記 入 欄	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 80px;">老 人</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>心身障害者</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>乳 幼 児</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>母子・父子</td></tr> </table>	1	老 人	2	心身障害者	3	乳 幼 児	4	母子・父子	<p>松川村福祉医療費給付金支給申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
	1	老 人								
	2	心身障害者								
	3	乳 幼 児								
4	母子・父子									
<p>松川村長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 (受給資格者または養育者) 氏 名 ㊟ 受給資格者との続柄 連絡方法 TEL</p>										
<p>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。</p>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">受給者 証番号</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">受給資格者 氏名</td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">生年月日</td> <td style="text-align: center;">. . 生</td> </tr> </table>		受給者 証番号		受給資格者 氏名				生年月日	. . 生	
受給者 証番号		受給資格者 氏名								
		生年月日	. . 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 (受給資格者)		診 年	療 月	年	月	入院	入院外	
						1	2	
生年月日	. . 生	保 険 対 象 分	総 点 数					点
入 院 日	年 月 日		患 者 負 担 額					円
受 診 間	年 月 日から 年 月 日まで		薬 剤 費 負 担 額					円
		医 療 機 関 コ ー ド						
処方せんの発行		有 ・ 無		発 行 医 療 機 関 名				

医 療 機 関 証 明 欄 ※	<p>年 月 日</p> <p>医療機関</p> <p>住所</p> <p>名称</p> <p>氏名 ㊟</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">該 当 に ○</td><td style="width: 80px;">制 度</td></tr> <tr><td></td><td>老 人</td></tr> <tr><td></td><td>障 害 者</td></tr> <tr><td></td><td>乳 幼 児</td></tr> <tr><td></td><td>母 子 ・ 父 子</td></tr> </table>	該 当 に ○	制 度		老 人		障 害 者		乳 幼 児		母 子 ・ 父 子
	該 当 に ○	制 度										
		老 人										
		障 害 者										
		乳 幼 児										
	母 子 ・ 父 子											

※ 診療報酬明細書ごと証明してください。