

福祉医療費給付申請書

平成 年 月 日

板倉町長 あて

申請者 住 所 板倉町

氏 名 印（続柄）

TEL ()

次のとおり診療等を受けたので、板倉町福祉医療費の支給に関する条例に基づき福祉医療費の支給を申請します。

公費負担者番号		受給資格者証番号	
保険の名称		記 号 番 号	被 保 険 者 名
振込金融機関名		預金種目	口座番号
銀行 農協 金庫 他 ()		支店 支所 普通 当座 他 ()	(フリガナ) 名 義 人

受診者氏名	診 療		保険診療 総点数 負担割合	一部負担金	高額療養費 附加給付金等	一部負担金 支給決定額	食事療養費 標準負担額
	年 日	件数等					
	年 月	入外 歯調 件	点 割	円	円	円	円
	年 月	入外 歯調 件	点 割	円	円	円	円
	年 月	入外 歯調 件	点 割	円	円	円	円
	年 月	入外 歯調 件	点 割	円	円	円	円
	年 月	入外 歯調 件	点 割	円	円	円	円

診 療 証 明 書

上記のとおり診療したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

所 在 地

氏 名

印

- (注) 1 申請書の二重線で囲われた部分を、申請者が記入してください。
 2 申請書下部の受診者にかかる診療内容は医療機関等が記入してください。
 ただし、当該診療内容について証明できる書類（医療機関が発行した診療明細書等）を添付したときは、記入を省略できます。