

### 福祉医療費給付申請書

令和〇〇年 〇月 〇日

邑楽町長様

申請者 住所 邑楽町大字中野2570-1

申請者は振込先の口座名義人にして下さい

氏名 邑楽 太郎 (続柄 父)  
Tel 0276 ( 88 ) 5511

邑楽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。

受給資格者氏名	邑楽 花子		公費負担者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
生年月日	T・S HR	15年4月1日	受給資格者証番号	△	△	△	△	△	△	△	△
保険証の保険者番号	□□□□□□□□		保険証の記号番号	****		*****		邑楽 太郎	ピンクのカードの番号		
受診者氏名	診療年月	日数等	保険診療総点数	一部負担金	入院時食事療養費	標準負担額	交通災害その他	保険証の番号			
	年 月 分	入 外 調剤 回	点	円	円× 回 円	円					
	年 月 分	入 外 調剤 回	点	円	円× 回 円	円					
	年 月 分	入 外 調剤 回	点	円	円× 回 円	円					

**診療証明書**

上記のとおり診療及び受領したことを証明します。

年 月 日

(医療機関等)

所在地

名称

代表者

電話番号

印

領収書を添付して申請する場合、太枠内の記入は不要です。領収書がない場合等は、太枠内の事項を医療機関が記入していれば申請できます。

振込先金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	※ 口座名義人 (登録名)	
群馬	邑楽町	普通	0000000	カナ	オウラ タロウ
				漢字	邑楽 太郎

- (申請方法)
- 1 申請書の太枠外を、申請者が記入してください。
  - 2 保険点数入りの領収書を添付してください。領収書がない場合は、申請書の太枠内を医療機関等に記入してもらってください (有料の場合があります)。
  - 3 高額療養費や付加給付等の給付を受けたときは、各保険者等の給付決定通知等についても添付してください。
- ※ 口座名義人は、受給資格者または給付申請者でお願いします。