

証明書

受給者証番号No. _____

- ①ねたきり老人等に認定された者
- ②老人（低所得・独り暮らし）③乳幼児
- ④重度心身 ⑤母子 ⑥父子

受給者 _____ 殿

診療報酬点数科 年 月分	外来分 点	入院分 点
薬剤の一部負担金	円	
老人保健法による一部負担金	入院外	右上記①該当者における定額負担の場合記入してください。 1回目 (円) 2回目 (円) 3回目 (円) 4回目以降 (円) 右上記②該当者の場合記入してください。 (診療日数 月分 日)
	入院	円× 日= 円
入院時食事療養費	円× 日= 円	

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関 所在地
名称

印

福祉医療費給付金支給申請書

上記証明による福祉医療費給付金の支給を申請します。
下記支給額については既に申請の口座へ振込してください。

年 月 日

山ノ内町長 殿

住 所 山ノ内町大字

申請者 (受給者)
(乳幼児は保護者)

氏 名

印

医療費総額
一部負担金
付加給付金
その他給付金
老健法一部負担金
薬剤の一部負担金
入院時食事療養費
差引支給額