

【記入例】

別記様式第3号(第8条関係)

福祉医療費助成申請書

年 月 日

館林市長 様

住所 館林市城町1-1
申請者氏名 館林 太郎
(続柄 父)
電話 0276 (72) 4111

受給資格証(ピンク色)で
ご確認ください

館林市福祉医療費助成条例第7条第2項の規定に基づき福祉医療の支給を申請します。

公費負担者番号	72100000	受給資格者証番号	2400000	
受給資格者氏名 □ 同上	館林 花子	生年月日	平成 30 年 8 月 1 日	
社会保険等の名称	記号・番号	被保険者名(世帯主名)		
〇〇健康保険組合	123456 3210	館林 太郎		
一部負担金	附加給付額	その他控除額	他法の費用徴収額	給付決定額
※	※	※	※	※

健康保険証の名称、記号・番号、
被保険者名を記入

診療証明書

(平成 年 月診療分)

受診者氏名 及び生年月日	診療日数	保険診療 総点数	窓口領収額		他法による 費用徴収額	交通災害 その他
			一部負担金	入院時食事療養 費標準負担額		
年 月 日	日	点	円	円 × 回	円	
医療機関が証明する欄なので記入不要です						
年 月 日	外 日		=			

上記のとおり診療したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関等の名称
所在地
氏名
電話

印

- (注) 1 申請者の欄及び太枠内は申請者が記入してください。
2 診療証明書は医療機関等が記入してください。
3 ※の欄は記入しないでください。
4 口座振込みの場合は施行規則第9条の規定による福祉医療費支給通知書を省略します。

口座振込 依頼	金融機関	〇〇	銀行(信用金庫 信用組合・農協)	〇〇	支店 支所 出張所	普 当
	店番	123	口座番号	1234567	(フリガナ) アバマヨウ	続柄 父
			口座名義人	館林 太郎		