

【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 | | |