

館林市小児慢性特定疾病医療費助成申請書

年 月 日

館 林 市 長 様

住 所  
申請者 氏 名  
(続柄 )  
電 話 ( )

館林市小児慢性特定疾病医療費助成要綱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		
受給資格者氏名 □ 同上				生年月日	齢・大証 齢・平証	年 月 日
社会保険等の名称		記号・番号			被保険者名(世帯主名)	
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		
※	※	※	※	※		

診 療 証 明 書

( 年 月診療分)

受診者氏名	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	食事療法 単価×食事日数 =標準負担額		
年 月 日	入 日	点	円	円 × 日	円	
	外 日			=		
年 月 日	入 日	点	円	円 × 日	円	
	外 日			=		

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、小児慢性特定疾病医療費支給通知書を省略します。

口座振込 依頼	金融機関		銀行・信用金庫 信用組合・農協		支店・支所 出張所	普・貯・当	
	店番	口座 番号	(フリガナ) 口座名義人			続柄	