

福祉医療費助成申請書

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				受給資格者証番号		
受給資格者氏名 □ 同上				生年月日	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 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		
	入 日	点	円	円 × 回	円	
年 月 日	外 日			= 円		
	入 日	点	円	円 × 回	円	
年 月 日	外 日			= 円		

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		銀行・信金 信組・農協		支店・支所 出張所	普・貯・当
	店 番	口座 番号	(フリガナ)			続 柄
			口座名義人			