

(様式第3号)

飯山市福祉医療費特別給付金支給申請書

1. 乳幼児	(受給者証番号)
2. 障害者			
3. 母子	住所	飯山市 (大字)	
4. 父子	受診者 氏名	(印)	
5. 老人	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日

次のとおり _____ (病院・医院・歯科医院・診療所・薬局等) で医療費・薬剤費を支出したので飯山市福祉医療費特別給付金条例の規定に基づき、給付金の申請をします。

◇診療月	平成 年 月分		
◇診療報酬点数	入院	点	円
	入院外	点	円
◇入院時食事療養費	円 × 日 =		円
◇薬剤一部負担金	入院外	1 日目	月 日 (円)
◇老人保健法による一部負担金		2 日目	月 日 (円)
		3 日目	月 日 (円)
		4 日目	月 日 (円)
		5 日目以降	月 日 (円)
	入院	円 × 日 = 円	

上記のとおり証明します。
平成 年 月 日

医療機関名等 _____ (印)

所在地 _____

(様式第3号)

飯山市福祉医療費特別給付金支給申請書

1. 乳幼児	(受給者証番号)
2. 障害者			
3. 母子	住所	飯山市 (大字)	
4. 父子	受診者 氏名	(印)	
5. 老人	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日

次のとおり _____ (病院・医院・歯科医院・診療所・薬局等) で医療費・薬剤費を支出したので飯山市福祉医療費特別給付金条例の規定に基づき、給付金の申請をします。

◇診療月	平成 年 月分		
◇診療報酬点数	入院	点	円
	入院外	点	円
◇入院時食事療養費	円 × 日 =		円
◇薬剤一部負担金	入院外	1 日目	月 日 (円)
◇老人保健法による一部負担金		2 日目	月 日 (円)
		3 日目	月 日 (円)
		4 日目	月 日 (円)
		5 日目以降	月 日 (円)
	入院	円 × 日 = 円	

上記のとおり証明します。
平成 年 月 日

医療機関名等 _____ (印)

所在地 _____

きりとり

✂

✂

きりとり

✂