

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

4.父 子 受診者 氏名

5.老 人 生年月日 S . H 年 月 日

次のとおり (病院・医院・歯科医院・診療所・薬局等)

科で医療費・薬剤費の支出をしたので飯山市福祉医療特別給付金
 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 外	点	円
	入 院	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)

(科)