

飯山市福祉医療費特別給付金支給申請書

(妊産婦 ・ 乳幼児等 ・ 障がい者(児) ・ 母子 ・ 父子)

年 月 日

(申請先) 飯山市長

申請者 住所 飯山市(大字)
(本人又は保護者等) 氏名
電話

印

下記のとおり、福祉医療費給付金の支給を申請します。

受給者氏名		受給者番号	年 月 日
受診月	年 月分	(受診月の翌月から起算して1年以内に申請してください。)	

上記の受給者について、下欄に証明して下さい。

年 月分 の上記受給者の保険診療費等は下記(別紙)のとおりです。			
医療保険の種類 (○印又は名称を記入)	<input type="checkbox"/> 市国保(一般) <input type="checkbox"/> 組合国保 <input type="checkbox"/> 市国保(退職) <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 日雇健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ)	受給者は、医療保険の <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被保険者 です。	
入 院		入 院 外	
入院点数	点	入院外点数	点
入院期間 当月 日から 日(日間)		診療実日数	日
一部負担金額	円	一部負担金額	円
特定疾病自己負担額	円	特定疾病自己負担額	円
標準負担限度額証使用 あり ・ なし		「訪問看護」利用料 円	
公制 費度 負適 担用	<input type="checkbox"/> あり ・特定疾患・小児慢性 <input type="checkbox"/> なし ・遷延性意識障害 ・自立支援医療(育成・更生・精神) ・その他()	院 外 処 方 箋	当医療機関で <input type="checkbox"/> 交付あり <input type="checkbox"/> 交付なし 薬局では、処方箋発行医療機関名を記入してください。
母子健康手帳交付前の 妊娠に起因する産科的 疾病のための受療	初診日 年 月 日 病 名 () (注) 流産・死産の場合は以下に記入 ・区 分 (流 産 ・ 死 産) ・事由発生年月日 年 月 日		
上記金額は、領収済みであることを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関等 名称 代表者名			

印

※医療機関等証明については、医療機関の発行する領収証(証明事項の記入されたものに限る。)により代えることができます。

※高額療養費が支給される場合は、支給決定通知書を必ず添付して下さい。

支		給		決		定	
	A 一部負担金	B 附加給付額	C 自己負担額	D 支給額(A-B-C)			
入院		有					
外来		・					
(薬剤)		無					

受付印