

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)

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

(申請先) 飯山市長

申請者 住所 飯山市(大字)飯山1100-1
 (本人又は保護者等) 氏名 **飯山 太郎** 印
 電話 **××××-×××-××××**

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		受給者証に書いてあります	
飯山 花子		生年月日		〇〇年〇〇月〇〇日	
受診月		2018年 8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。

医療機関等証明欄	<p>領収証を添付する場合は、この欄の医療機関等による証明は必要ありません。</p>
----------	---

※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。

市役所記入欄

(薬剤)		無			
------	--	---	--	--	--