

松本市福祉医療費給付金支給申請書

年 月 日

記入例

(あて先)松本市長

申請者  
(本人又は保護者)

郵便番号 〒390-8620  
(POSTCODE)

※太字記載部分を申請時に漏れなく  
ご記入ください。

住所 松本市丸の内3番7号  
(ADDRESS)

方書(アパート名など)  
(C/O)

氏名 松本太郎  
(NAME)

電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
(PHONE)

※申請の内容についてご連絡する  
ことがあります。電話番号は繋がりやす  
い番号をご記入ください。

次のとおり福祉医療費給付金の支給を申請します。

申請者記入欄 (受給者証の内容を記入してください。)					
該 当 区 分 に 〇 印	受給資格区分		受給者番号		ふりがな
	〇	乳幼児等	1234567890		氏名
		母子家庭の母子			松本花子
		父子家庭の父子			生年月日
		父母のいない児童	加入医療保険		平成〇〇年〇〇月〇〇日
		障害者	〇〇〇〇健康保険組合		保険者番号
				87654321	

医療機関(市役所)記入欄 ●入院・入院外別に、診療月ごとに証明してください。							
医 療 証 明 兼 領 収 書	診療年月		入院	入院外	公費		次のとおり証明します。 年 月 日 医療機関 住所 名称 氏名 (印)
	年	月			番号	併用	
	〇〇	〇〇	1	2		有	
	当月入院 又は外来日数		日				
	総点数 又は総医療費		点又は円				
	患者負担額		円				
食 事 療 養 費	回数		回		備考欄		
	総額		円				
	患者負担額		円				
	市処理欄償還額		円				
医療機関コード							