

諏訪市福祉医療費支給申請書

(宛先)
諏 訪 市 長
下記により、福祉医療費の支給申請をします。

年 月 日

月分 科

外来 ・ 入院 (どちらかに○)

*申請したい内容を記入してください

申請者記入欄	申請区分 (該当に○)	中学校 3年生まで	83 乳幼児等		85 母子・父子家庭等		87 障がい者			
		上記以外の者	29 障がい者 (一般)	39 障がい者 (後期高齢)	59 母子家庭等	69 父子家庭				
	申請者	住 所	諏訪市							
		氏 名	印		電話番号	()				
	支給対象者	ふりがな				性別	男 ・ 女			
		氏 名				生年月日	年 月 日			
	加入医療保険	記号・番号				保険者名称				
		被保険者氏名								
	※裏面を必ずお読みください。									

医療機関等証明欄	患者名		様	診療月	年 月分		
	診療期間	入院	年 月 日から 年 月 日まで 日		診療報酬総点数 点		
			()円×()回 ()円×()日		自己負担金 円		
	入院外	年 月 日から 年 月 日まで 回		診療報酬総点数 点			
		院外処方の有無 有 ・ 無		自己負担金 円			
	負担割合	1・2・3割	公費	(公費のときは○をし、自己負担金額も記入してください)			
	上記のとおり証明します。 年 月 日 住所 氏名 印 医療機関等 (証明手数料 円)						

※以下、市記入欄

決定額	本人支払額		高額療養費	付加給付金	標準負担額	
	点×					
	=	円	円	円	円	
	支給決定額	円	受給者負担金	円	差引額 (振込額)	円

*処理欄		*区分	県 ・ 市
------	--	-----	-------