

|    |    |     |    |    |    |     |
|----|----|-----|----|----|----|-----|
| 決裁 | 村長 | 副村長 | 課長 | 係長 | 係員 | 起案者 |
|    |    |     |    |    |    |     |

下記申請について、福祉医療費給付金を支給してよろしいでしょうか。

### 福祉医療費給付金 支給申請書

|  |                                  |  |
|--|----------------------------------|--|
| (あて先)<br>中川村長 様  | 令和      年      月      日          |  |
|  | (申請者住所) 中川村 大草・片桐・葛島             | 番地   |
|  | (申請者氏名)                          |  |
|  | (受給者との続柄:                      ) |  |
| 次のとおり福祉医療費給付金の支給を申請します。  |                                  |  |
| ○申請の理由(該当の□欄にレ点をつける。)  |                                  | 市町村番号   事業番号   |
| <input type="checkbox"/> 長野県外の医療機関で受診したため。<br><input type="checkbox"/> 受給者証が交付される前に受診したため。<br><input type="checkbox"/> 療養費の支給(補装具等)を受けたため。<br><input type="checkbox"/> その他 |                                  | 0   5   0  |
|  |                                  | 受給者番号  |
|  |                                  |  |
| 受診年月   | 令和      年      月                 | 受給者名   |
| 受診医療機関   |                                  | 生年月日   |
|  |                                  | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和      年      月      日            |
| ○ 給付金の振込先(該当の□欄にレ点をつける。)   |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> 登録されている振込先<br><input type="checkbox"/> 下記金融機関口座   |                                  |  |
| 銀行   | 支店                               | 名義【カナ】                      【                      】 |
| 信金   | 支所                               | 種別:普通・当座      口座番号                                   |
| 農協   |                                  |  |

- ※ 太線枠内の各項目についてご記入ください。
- ※ 医療機関が発行した領収書の原本を添付してください。
- ※ 給付金の支給(振込み)は通常の場合、診療月の2ヶ月後の末日となります。ただし、高齢障がい者のみ3ヶ月後となります。
- ※ 支給額は、保険適用自己負担額から1医療機関1ヶ月あたり300円を控除した額になります。

| (村処理欄) |    |    |       |       |        |          |
|--------|----|----|-------|-------|--------|----------|
| 受診医療機関 | 日数 | 点数 | 一部負担金 | 事務手数料 | 給付金支給額 | 支給年月     |
|        |    |    |       |       |        | 年      月 |
|        |    |    |       |       |        | 年      月 |
|        |    |    |       |       |        | 年      月 |
|        |    |    |       |       |        | 年      月 |