

※申請書記入欄に必要事項を記載し受給者証・保険証を窓口へ提示して申請してください。

申 請 者 記 入 欄	福祉医療費給付金 支給申請書		受給者番号																	
	飯 田 市 長 様		年 月 日																	
	申請者 住所 飯田市																			
	氏名																			
	電話		—																	
	飯田市福祉医療費給付金条例第8条第1項及び第11条第2項の規定により 福祉医療給付金を次のとおり申請します。																			
	保険証記号番号		療養を受けた者の氏名																	
	加入医療保険名		(生年月日)	年 月 日																
市 役 所 処 理 欄	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">年</div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">月</div> <div style="margin-left: 20px;">分</div> </div>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 300px;">老人・独り暮らし老人医療費給付金</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 300px;">父子家庭の父子医療費給付金</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>子ども医療費給付金</td> <td>6</td> <td>父母のいない児童医療給付金</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>心身障害者医療費給付金</td> <td>7</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>母子家庭の母子医療費給付金</td> <td>8</td> <td>高確法第50条第2号認定者</td> </tr> </table>		1	老人・独り暮らし老人医療費給付金	5	父子家庭の父子医療費給付金	2	子ども医療費給付金	6	父母のいない児童医療給付金	3	心身障害者医療費給付金	7		4	母子家庭の母子医療費給付金	8	高確法第50条第2号認定者
	1	老人・独り暮らし老人医療費給付金	5	父子家庭の父子医療費給付金																
2	子ども医療費給付金	6	父母のいない児童医療給付金																	
3	心身障害者医療費給付金	7																		
4	母子家庭の母子医療費給付金	8	高確法第50条第2号認定者																	
(日)																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 35%;">診 療 報 酬 点 数</th> <th style="width: 50%;">一 部 負 担 金</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 60px; vertical-align: middle;">外 来</td> <td style="vertical-align: middle;">点</td> <td style="vertical-align: middle;">円</td> </tr> <tr> <td style="height: 60px; vertical-align: middle;">入 院</td> <td style="vertical-align: middle;">点</td> <td style="vertical-align: middle;">円</td> </tr> </tbody> </table>				区 分	診 療 報 酬 点 数	一 部 負 担 金	外 来	点	円	入 院	点	円							
区 分	診 療 報 酬 点 数	一 部 負 担 金																		
外 来	点	円																		
入 院	点	円																		
	(医療機関名)																			
	(医療機関コード)																			

※ 振込口座、加入医療保険に変更のある方は、市役所保健課医療給付係、各自治振興センター又はりんご庁舎市民証明コーナーへ福祉医療給付金変更届をしてください。

※ 飯田市国民健康保険以外の保険加入の方が高額療養費に該当した場合は、加入保険発行の高額療養費支払い決定通知書を、療養費支給を受けた場合は療養費支給決定通知書を添付してください。