

医療機関記入欄	診療報酬証明書 (又は領収書添付)			
	受診者名		年	月診療分
	1 入院			
	入院点数	点	当月入院日数	日
			入院開始日	
	負担金	割	円	退院日
	2 外来			
	外来総点数	点	受診日数	日
	負担金	割	円	外来薬剤負担金
	円			
外来総点数	点	受診日数	日	
負担金	割	円	外来薬剤負担金	
円				
	(薬局のみ)	処方箋発行医療機関名		
上記のとおり証明します。				
年 月 日				
医療機関名				

添付書類 (領収書) …診療日、総医療費、自己負担額がわかること この用紙は1ヶ月に1枚を使用します。

福祉医療費給付金支給申請書									
年 月 日									
上松町長 殿									
申請者 (保護者)									
住 所 上松町									
氏 名									
福祉医療費給付金を次のとおり申請します。									
受給者	受給者証	事業番号			受給者番号				
	受給者氏名	男・女			生年月日	年 月 日			
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
	資格区分 (該当に○印)	1. 乳幼児 (0歳~小学生未満) 2. 児童 (小学生~18歳) 3. 特別児童扶養手当 4. 身体障害者手帳1・2・3級 5. 精神保健福祉手帳1・2・3級 6. 療育手帳A1・A2・B1・B2				7. 65歳以上国民年金法施行令別表 8. 障害年金1・2・3級 9. 特定疾患医療受給者証該当者 10. 父子家庭の父・子 11. 母子家庭の母・子			
支給額の計算	総医療費	自己負担額	高額療養費	附加給付費	一部負担金	受給者負担金	給付額		
	$\left(\quad \right) \times \frac{\quad}{10} = \left(\quad \right) - \left(\quad \right) - \left(\quad \right) - \left(\quad \right) - \left(\quad \right) = \left(\quad \right)$								
支給額 円									

太枠内を記入して下さい。