-　様式第６号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月受診分

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者　記　入　欄 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １２３４５ | 老人心身障害者乳幼児母子父子 | 　福祉医療費特別給付金支給申請書 |

年　　月　　日　　池田町長　様申請者　住所　池田町大字　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　（本人または保護者）　　　　下記により福祉医療費特別給付金の支給を受けたいので申請します。 |
| 受給資格者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 受給資格者 氏 名 | 男　女　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　 |
| 行 政 区 |  | 電話番号 | 　　　　－　　　　－　　　　 |
| 加入している医療保険等 |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 |  | 被保険者 |  |

保険証・振込口座を確認

|  |  |
| --- | --- |
|  | 診療報酬証明（領収書の添付が無い場合） |
| 受 診 者 | 男　女　 | 診療年月 | 年 | 月 | 入院 | 入院外 |
|  |  | １ | ２ |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　 | 当月入院・外来日数 | 日　 |
| 入　　院開 始 日 | 年　　月　　日　　 | 食事療養費該当回数 | 回　 |
| 受診期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 保　　険対 象 分 | 総点数 |  |  |  |  |  |  | 点 |
| 患　者負担額 |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 医療機関コ ー ド |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 薬剤費負担額 |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 医　　科 |  | 食事療養費 |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 　　　　　年　　　月　　　日 | 食事療養費自己負担額 |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 医療機関住所名称氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | 該当に○ | 制度 | 保険 | 本人負担 |
| 本人 | １割 |
| 老人 |
| 心身障害者 | 継続療養 | ２割 |
| 乳幼児 |
| 母子 | 扶養 | ３割 |
| 父子 |

注意：レセプト単位で証明してください。