

申請者記入欄	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td>老人</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>心身障害者</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>乳幼児</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>母子</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>父子</td></tr> </table>		1	老人	2	心身障害者	3	乳幼児	4	母子	5	父子	<h2 style="margin: 0;">福祉医療費特別給付金支給申請書</h2>									
	1	老人																				
	2	心身障害者																				
	3	乳幼児																				
	4	母子																				
	5	父子																				
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										
												生年月日	年 月 日生									
												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		該 当 に ○		制 度		保 険		本 人 負 担						
名 称				老 人		本 人		1 割						
氏 名				心身障害者		継 続 療 養		2 割						
				乳幼児		扶 養		3 割						
				母子										
		父子												

注意：レセプト単位で証明してください。