

小布施町福祉医療費給付金支給申請書

令和 年 月 日

小布施町長 様

申請者 住所 小布施町大字

氏名

福祉医療費給付金の支給を受けたいので、小布施町福祉医療費給付金条例施行規則第3条の規定により申請します。

区分	1 乳幼児・児童生徒		2 障害者		3 母子家庭の母子等		
	4 父子家庭の父子						
受給者番号						受給者加入医療保険	
受給者	氏名		加入保険 名称	1 小布施町国民健康保険(一般・退職本人・退職扶養)			
	生年月日			2 ()健康保険組合・共済組合			
		大・昭・平・令 年 月 日		3 長野県後期高齢者医療広域連合(小布施町)			
医療 機 関 名			保 險 証 記号・番号	記 号		番 号	
			保 險 者 番 号				
診 療 月		年 月 ~ 年 月					

町処理欄	自動給付方式以外 での申請理由		1 県外医療機関等の受診 2 その他 ()			
	処理年月日				処理者	
	支給年月		年 月			