

医療費特別給付金支給申請書

(申請先) 小諸市長

年 月 日

申請者 住 所

(本人又は保護者等) 氏 名

印

電話番号 ー

下記により医療費特別給付金の給付を受けたいので申請します。

受給資格区分	乳幼児・児童・障がい者・母子・父子	受給者番号	
受給者氏名		生年月日	年 月 日生
受診月	年 月分 (受診月から起算して1年以内に申請してください。)		

上記の受給者について下欄に証明してください。

医療 機 関 証 明 欄	年 月分の上記受給者の保険診療費等は下記(別紙)のとおりです。			
	医療保険の種類 (○印又は名称 を記入)	<ul style="list-style-type: none"> ・市一般国保 ・市退職者国保 ・全国健保協会 ・後期高齢者医療 ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・組合国保 ・組合健保 ・共済組合 	受給者は、医療保険の ・本人 ・被扶養者 です。
	入 院	科	入院外診療(薬局等)	科
	入院期間	当月 日から 日(日間)	診療実日数	日
	入院点数	点	入院外点数	点
	うち公費入院点数	点	うち公費入院外点数	点
	自己負担額	円	自己負担額	円
	うち公費分自己負担額	円	うち公費分自己負担額	円
	公費負担制度適用		院 外 処 方 箋	当医療機関で 交付あり・交付なし
	<ul style="list-style-type: none"> ・結核予防法 ・育成医療 ・難病医療 ・自立支援医療(精神通院・更生医療) ・その他() 			薬局の場合、処方箋発行医療機関名を記入 してください
年 月 日 上記に相違ないことを証明します。				
医療機関名				
代表者名 印				

支給決定欄

決定 内 容	費用総額	円	県単に該当
	自己負担額	円	市単に該当
	附加給付額	円	障がいの程度
	受給者負担額	1件 500円	
	給付決定額	円	