

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
 電話番号

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
個人番号			
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)	・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	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		
	・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	