

太枠内をご記入ください



様式第6号 (第5条関係)

長野市重度心身障害者 (65歳以上) 福祉医療費給付金支給申請書

長野市長 宛		年 月 日	
申請者 (受給者) 住 所		氏 名	
電 話			
受給者番			
加入医療保険		名 称	<input type="checkbox"/> 長野県 後期高齢者医療広域連合  <input type="checkbox"/> ( ) 都・道・府・県 後期高齢者医療広域連合
対象者氏名		記 号	番 号
対象者生年月日			
私は、この申請に係る福祉医療費給付金の支給の審査に当たり、長野市が保険者に対して療養の給付等の内容の情報について確認することに同意します。		同意者氏名 (被保険者)	
医療機関関係等証明欄	年 月分 診療報酬等証明書		
	(所在地、名称及び代表者氏名)		
	年 月 日		
	証明者		
療養の給付等の区分	入院・入院外	療養日数	医療機関コード
	科	日	医療機関名
診 療 報 酬 総 点 数			
一 部 負 担 金 額			
(備考)			
長野市 処理 欄	計算区分	継続区分	申請書番号
	受付年月日	年 月 日	