

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		00年 12月 1日	
申請者 (受給者) 住所		長野市大字鶴賀緑町1613番地	
氏名		長野 一郎	
電話		090-1234-5678	
加入医療保険名、記号、番号		<input checked="" 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	
受給者番号	0012345678	加入医療保険	記号
対象者の氏名及び生年月日	長野 りんご	加入医療保険	番号 123
対象者生年月日	平成00年 4月 12日	加入医療保険	
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)	長野 一郎

医療機関等証明欄	年 月分 診療報酬等証明書		年 月 日
	所在地、名称及び代表者氏名		
	領収書を添付していただくと、医療機関等の証明欄の記入は不要です。		
	療養の給付等の区分	入院・	
	診療		
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	