



太枠内をご記入ください

様式第4号 (第5条関係)

長野市公費負担医療に係る福祉医療費給付金支給申請書

00年12月1日

長野市長 宛

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**

加入医療保険名、記号、番号

電話 **090-1234-5678**

受給者番号

対象者の氏名及び生年月日

加入医療保険名	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合 長野 支部 共済組合 国民健康保険 国民健康保険組合	
加入医療保険記号	00	番号 345
加入医療保険番号	123	345

対象者氏名 **長野 りんご**

対象者生年月日 **平成00年4月12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、長野市が公費負担医療実施機関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 **長野 一郎**
(被保険者・組合員)

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・						
公費負担							
診療報酬総点数							点
一部負担金額							円
支給決定額							円
(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	