

これはホームページ上で配布している申請書です。様式第6号[水色の申請書]と同様に取り扱ってください。



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 (印)	
電話		090-1234-5678	
加入医療保険名、記号、番号		■ 長野県 後期高齢者医療広域連合	
受給者番号		0012345678	
対象者の氏名及び生年月日		長野 一郎	
加入医療保険		□ () 都・道・府・県 後期高齢者医療広域連合	
対象者生年月日		昭和00年4月12日	
記号		番号 123	
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 (印)	
医療機関		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		(印)	
療養の給付等の区分		入院・	
診療一部		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。	
(備考)		点 円	
長野市欄		計算区分	
受理欄		継続区分	
受付年月日		申請書番号	
年 月 日		年 月 日	

