

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4号[紺色の申請書]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

長野市長 宛	申請者(受給者)住所	00年12月1日	
	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	090-1234-5678	
対象者の氏名及び生年月日	0012345678	加入医療保険名称	00
対象者氏名	長野 りんご	加入医療保険記号	123
対象者生年月日	平成00年4月12日	加入医療保険番号	345

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	年 月分 診療報酬等証明書		
	所在地、名称及び代表者氏名		
	証明者		
関係等	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
	公費負担区分	ア 自立支援医療 ( ) ウ 特定医療費 オ その他 ( )	イ 養育医療 エ 高額長期疾病
証明欄	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	