《提出先：本庁保険医療課・支所市民福祉課》

別記様式３号・様式５号

（老人）福祉医療費助成申請書

平成　　年　　月　　日

長 浜 市 長　　あて

〒

申請者　住所　長浜市　　町　　番　　号
番地

氏 名　　印

電 話　　（　　）

長浜市福祉医療費助成条例施行規則第１０条の規定により、
長浜市老人福祉医療費助成条例施行規則第９条の規定により、
長浜市重度心身しょうがい老人等福祉医療費助成要綱第８条の規定により、

福祉医療費（助成費）の助成をされたく申請します。

助 成 申 請 額	金　　円
受 療 年 月	年　　月分　　入院・入院外　（　　日）
受給（助成）券番号	福祉番号　　受給者番号
助成対象者氏名	生年月日　明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日
保 険 区 分	国保 ・ 退職国保 ・ 政 管 ・ 組合健保 ・ 共 済
保 険 者 名	（　　）（　　）（　　）
摘 要	本人 ・ 扶養
添付書類 １　医療機関が発行した領収書 ２　家族療養費支給決定通知書 ３　２に代わる証明書	

※【計算方法】

保険診療総点数	点
保険診療自己負担分	円
高 額 療 養 費	円
付 加 給 付 金	円
一 部 負 担 金	円

※印欄は記入しないでください。

支払決定額	※

払渡希望機関の名称	銀行 金庫 農協	本店　　店番 支店 支所　　（普通・当座第　　号）
	ふりがな 預金名義人	