《提出先：本庁保険医療課・北部振興局・各支所》

別記様式３号・様式５号

（老人）福祉医療費助成申請書

令和　　年　　月　　日

長　浜　市　長　　あて

〒

申請者　住　所　長浜市

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・令和　　年　　月　　日
保　険　区　分	国　保　・　退職国保　・　後期高齢　・　協会けんぽ　・　組合健保　・　共　済
保　険　者　名	記号(　　)番号(　　)保険者番号(　　)
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　支店　代理店（店番　　）	
	預金種別　普通・当座　　口座番号　　第　　号	
	ふりがな 預金名義人	

※領収書原本預かり了承済（　　）　　受付（　　支所　　）