

証 明 書

受給者証番号 _____

寝たきり老人等に認定された者
 老人 乳幼児 重度心身
 母子 父子

受給者氏名 _____

診療報酬点数 _____科 年 月分	外来分 点	入院分 点
薬剤の一部負担金		
老人保健法による 一部負担金	入院外	右上記 該当者における定額負担の場合記入してください。 1回目 (円) 2回目 (円) 3回目 (円) 4回目以降 (円) 右上記 該当者の場合記入してください。 (診療日数 月分 日)
	入 院	円 × 日 = 円
入院時食事療養費	円 × 日 = 円	

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関 所在地
 名称

印

福祉医療費給付金申請書

上記証明による福祉医療費給付金の支給を申請します。

下記支給額についてすでに申請の口座へ振込してください。

平成 年 月 日

山ノ内町長 様

住所 山ノ内町大字

申請者（受給者又は保護者）氏名

印

医療費総額	
一部負担金	
付加給付金	
その他給付金	
老健法一部負担金	
薬剤の一部負担金	
入院時食事療養費	
差引支給額	