

福祉医療費特別給付金 支給申請書

申請者記入欄	(あて先) 駒ヶ根市長 殿	平成 年 月 日
	(申請者住所) 駒ヶ根市	
	(申請者氏名)	
	(電話番号) ()-()	
次のとおり給付金の支給を申請します		
受給資格番号	フリガナ 受給者 氏名	
事業番号(公費負担者番号) - 受給者番号	氏名	
-	生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成

(受給者証の番号は正しくご記入ください。)

黒枠の中を記入してください。

(記入例) 昭和伊南総合病院 小児科 1月分

内容

分

【注 意 事 項】

- この申請書は、県外の医療機関、又は窓口で受給者証を提示できずに受診した場合の支給申請に使用してください。【有効期限:申請日の**1年前**の診療月分まで申請できます。但し、資格認定日以降に受診されたものに限りです。】
- この申請書に領収書を添付して、市民課窓口へ提出してください。
- 領収書は、医療保険の負担金額、患者名、医療機関名、診療年月日、入院と入院外の区別、受診日数などが記載されているものを添付してください。【**レシート不可**】
- この申請にかかる医療給付の負担金について、高額療養費など、医療保険各法の規定により健康保険から給付がある場合は、これを控除した金額で支給になります。この場合、高額療養費の支給決定通知書の提出や、既に支給済みの給付金について返還を請求することがあります。
- 給付金の支給(振込み)は**診療月の2ヶ月後の末日**となります。ただし、事業番号「24」(高齢障がい者)の方は3ヶ月後となります。
【**保険適用自己負担額から1レセプトあたり500円を控除して支給となります。**】
- 資格要件が非該当となったり、有効期限切れなどで受給資格を喪失した時は、それ以後の給付については支給申請ができません。
- 加入している健康保険、又は給付金の振込口座に変更がある場合は、速やかに市民課国保医療係に届け出てください。(※給付ができなくなる場合がございます。)

※ 裏面の記入例を参考にご記入ください。

駒ヶ根市

以下は記入不要(市役所処理欄)

給付月	月	給付件数	件	補助区分	県補助・市単
-----	---	------	---	------	--------

福祉医療費特別給付金 支給申請書

記入例

申請者記入欄	(あて先) 駒ヶ根市長 殿		平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
	(申請者住所) 駒ヶ根市 赤須町20-1		
	(申請者氏名) 駒ヶ根 太郎		
	受給者証の氏名・番号を記入してください。 次のとおり給付金の支給を申請します		(電話番号) (83) - (2111)
	受給資格番号	フリガナ受給者氏名	コマガネ ジロウ 駒ヶ根 二郎
	事業番号(公費負担者番号) 83200105 - 受給者番号 211111	生年月日	明治・大正 20 年 4 月 5 日 昭和・平成

(資格者証の番号は正しくご記入ください。)

黒枠の中を記入してください。

(記入例) 昭和伊南総合病院 小児科 1月分

内容	昭和伊南総合病院 小児科 4月	分
----	------------------------	---

市記入欄

注意事項

添付する領収書の内容を記入してください。

例① 昭和伊南病院 小児科 4月分

例② 赤穂薬局 3月、4月分

- 領収書は、医療保険の負担金額、患者名、医療機関名、診療年月日、入院と入院外の区別、受診日数などが記載されているものを添付してください。【レシート不可】
- この申請にかかる医療給付の負担金について、高額療養費など、医療保険各法の規定により健康保険から給付がある場合は、これを控除した金額で支給になります。この場合、高額療養費の支給決定通知書の提出や、既に支給済みの給付金について返還を請求することがあります。
- 給付金の支給(振込み)は**診療月の2ヶ月後の末日**となります。ただし、事業番号「24」(高齢障がい者)の方は3ヶ月後となります。
【保険適用自己負担額から1レセプトあたり500円を控除して支給となります。】
- 資格要件が非該当となったり、有効期限切れなどで受給資格を喪失した時は、それ以後の給付については支給申請ができません。
- 加入している健康保険、又は給付金の振込口座に変更がある場合は、速やかに市民課国保医療係に届け出てください。(※給付ができなくなる場合がございます。)