

この申請書は「本庁舎1階 窓口5番 健康づくり課」に提出してください。

(様式第3号) (第3条関係)

須坂市福祉医療費給付金支給申請書

|  |      |                                    |    |           |       |           |           |
|--|------|------------------------------------|----|-----------|-------|-----------|-----------|
| 区 分  | 1    | 乳幼児等                               | 8  | 療育手帳B 1   | 15    | 65歳以上年金別表 |           |
|  | 2    | 身障手帳1級                             | 9  | 特児手当1級    | 16    | 母子家庭の母子等  |           |
|  | 3    | 身障手帳2級                             | 10 | 特児手当2級    | 17    | 父子家庭の父子   |           |
|  | 4    | 身障手帳3級                             | 11 | 国民年金1級10号 |       |           |           |
|  | 5    | 身障手帳4級                             | 12 | 精神福祉手帳1級  |       |           |           |
|  | 6    | 療育手帳A 1                            | 13 | 精神福祉手帳2級  |       |           |           |
|  | 7    | 療育手帳A 2                            | 14 | 自立支援医療受給者 |       |           |           |
| 受給者番号  |      |                                    |    |           |       | 1         |           |
| 受給者  | 氏名   |                                    |    |           | 医療機関名 | 2         |           |
|  | 生年月日 | 大・昭<br>平・令                         | 年  | 月         |       | 日         | 3         |
| 加入している医療保険   | 名称   | 国 保・国保組合<br>協会健保・健保組合<br>共済組合・後期高齢 |    |           |       | 4         |           |
|  | 記号   |                                    |    |           |       | 診療月       | 年 月 ~ 年 月 |
|  | 番号   |                                    |    |           |       |           |           |
| <p>福祉医療費給付金の支給を受けたいので、須坂市福祉医療費給付金条例施行規則第3条の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) 須坂市長</p> <p style="text-align: center;">申請者 (本人又は保護者)</p> <p style="text-align: center;">住所 須坂市</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">電話</p> |      |                                    |    |           |       |           |           |

この申請書は「本庁舎1階 窓口5番 健康づくり課」に提出してください。

(様式第3号) (第2条関係)

- ★点線マル枠内をご記入ください。
- ★本人確認できるものをお持ちください。

# 記入例

## 給付金支給申請書

|    |          |              |              |
|----|----------|--------------|--------------|
| 区分 | 3 身障手帳2級 | 8 療育手帳B1     | 15 65歳以上年金別表 |
|    | 4 身障手帳3級 | 9 特児手当1級     | 16 母子家庭の母子等  |
|    | 5 身障手帳4級 | 10 特児手当2級    | 17 父子家庭の父子   |
|    | 6 療育手帳A1 |              |              |
|    | 7 療育手帳A2 | 14 自立支援医療受給者 |              |

対象者本人の受給者番号、氏名、生年月日、性別を記入してください。

|            |                     |                                   |
|------------|---------------------|-----------------------------------|
| 受給者番号      | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 1 ○○医院                            |
| 受給者        | 氏名                  | 須坂一郎 (男)                          |
|            | 生年月日                | 平成 27年 4月 1日                      |
| 加入している医療保険 | 名称                  | 国保・国保組合<br>協会健保・健保組合<br>共済組合・後期高齢 |
|            | 記号<br>番号            |                                   |
|            | 診療月                 | 2年4月 ~ 2年5月                       |

受診をした、医療機関名と診療年月を記入してください。

福祉医療費給付金の支給を受けたいので、須坂市福祉医療費給付金条例施行規則第3条の規定により、上記のとおり申請します。

年 月 日

(あて先) 須坂市長

対象者本人又は、保護者（未成年の場合）の住所、氏名を記入してください。

申請者（本人又は保護者）

住所 須坂市大字○○ 1 2 3

氏名 須坂太郎

電話 212-3456