		i
)	10割自費診療の場合には、この証明を書かないでください。	この欄は、医療機関等での証明の前に必ず記入してください。
	額	

福祉医療費支給申請書																					
																		年	月		日
	~II		12	4														'	,,		
	垢	徳市長	核	₹																	
										申請	者	住戶	斤								
												<u>氏</u> 名	<u></u>								
												(官	 1話			_		_	_)
												(H	르바다	1							,
					受約	受給資格者番号				上申請者との続柄											
	受		7. Z	給										,,,,							
			篁	译 格	者	-	氏	名													10
			(息者名)	生	年	月	日				白	Ē.		月		日	生		
						個	人	番	号												一診疹
_		年		月中に	:診	療等	を受	けた	ので	医療	費の)支給	を申	請し	ます	0					の場
						保	険	医	療	機	関	等	証	明	欄				\leftarrow		の場合に
	1 2	入 [8]			1 2	国社	保保					1	7害		3						は、
	3	訪問和			3		明高幽	令者				2	8害		4	定	額				2
			診		療		月							年		月分					この証明を書か
																					を書
	保	ļ.	険		総		点		数	ζ									点		かな
	F	上記のうち他法公費負担対象点数(再掲))								点			V	
-		エルップの間位立具見24/3/8/3/3/3/11/19/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2/2										くだ									
	_	部負	1	且額((息 者	負	担	額))						円(点)		でください。
		上記金年		は、領収 月		であ	るこ	とを	·証明			地									
		·					医	療機		名	1	称									
										拼	設す	者名									
							控		除	額		の	内	Ī	沢		支	給	決	定	額
支給		総医療費 A		Ž.	法定保険給付額				附为	加糸	合付领	付等控		空除額の計 (B+C)		アン 小口				_	
内						В			С				(B+C)			A — D					
訳																					
											1				T		(フ	リガ	ナ)		
t⊑	まこス	金融		銀				皇		口口	成					コ 座		, ,*	· /		
		関名		金農			店		当座	番						1 産					
				戾	עע			=	<i>□ /</i> <u></u>												