



様式第4号 (第5条関係)

長野市公費負担医療に係る福祉医療費給付金支給申請書

長野市長	宛	申請者 (受給者)	住所	年	月	日
			氏名			
			電話			
受給者番号	加入医療保険	名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 国民健康保険 国民健康保険組合			
対象者名	加入医療保険	記号	番号			
対象者生年月日	年	月	日			
私は、この申請に係る福祉医療費給付金の支給の審査に当たり、長野市が公費負担医療実施機関に対して療養の給付等の内容の情報について確認することに同意します。			同意者氏名			
			(被保険者・組合員)			

医療機関等証明書欄	年 月分 診療報酬等証明書					
	(所在地、名称及び代表者氏名)					年 月 日
	証明者					
	療養の給付等の区分	入院・入院外科	療養日数	医療機関コード		
			日	医療機関名		
	公費負担区分		ア 自立支援医療 () ウ 特定医療費 オ その他 ()		イ 養育医療 エ 高額長期疾病	
	診療報酬総点数					
	一部負担金額					
	支給決定額					
	(備考)					

長野市欄	計算区分		継続区分		申請書番号	
	受付年月日	年 月 日				