証　明　書　（医療費給付金支給申請書添付用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿様
診 療 日　＿＿＿年＿＿月
入院開始　＿＿＿年＿＿月＿＿日
退　　院　＿＿＿年＿＿月＿＿日

外来	（外来点数） 点	患者自己負担額（一部負担金） 円
調剤	（調剤点数） 点	円

入院	（入院点数） 点	患者自己負担額（一部負担金） 円

指定難病の患者・特定疾患等の患者一部負担金	入院(月)　　円･通院(月)　　円

上記のとおり相違ありません。
年　　月　　日
医療機関の所在地
名称
氏名　　印

※領収書添付の場合は、医療機関等の証明欄の記入は不要です。

軽井沢町福祉医療費給付金支給申請書

給付種別	児童・障害（　　級） 母子家庭等・父子家庭・妊産婦 高齢者（68歳から74歳まで） 指定難病・特定疾患等
受給者証番号	
受給者氏名	
生年月日	年　　月　　日生

証明点数について上記のとおり申請します。
年　　月　　日
軽井沢町長　　様
住　所　　軽井沢町
氏　名
℡（　　）ー（　　）

※　町役場記入欄
医療費一部・療養費負担金給付明細書　　医療点数は１点10円

診療年月	医療機関名	外来調剤入院別	医療点数（点）	一部負担率	一部負担金（円）	高額療養費（円）	付加給付（円）	受給者負担金（円）	給付金額（円）
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
1									
2									
3									