|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **証　明　書　（医療費給付金支給申請書添付用）** |  |  | **軽井沢町福祉医療費給付金支給申請書** |
| **様****診 療 日　　　　　　　年　　月****入院開始　　　　　　　年　　月　　日****退　　院　　　　　　　年　　月　　日** |  |  |
|  |  | **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** |
| **外　来** | **（外来点数）** | **患者自己負担額（一部負担金）** |  |  | **受給者証番号** |  |
| **点** | **円** |  |  |
|  |  | **受給者氏名** |  |
| **調　剤** | **（調剤点数）** |  |  |  |
| **点** | **円** |  |  | **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****℡（　　　）―（　　　　）** |
| **入　院** | **（入院点数）** | **患者自己負担額（一部負担金）** |  |  |
| **点** | **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。** |  |

**※　　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****調剤別****入院** | **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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |