			1	福祉医療	東費支給 申	申請書				
郡上市長様							R○年	○月		\leftarrow
					,	1 — 〇〇 本上市〇〇町)番地(
				申請者	氏名	郡_	上 太朗		(EI))
					電話番号	0575-		0000		
		悉	合資格者 号	153-(○○ 申	請 者の続柄	父		
	受 資格	給	名	郡_	上 花子			•		10
	(患者名)	IEI	人 番 号 (年 月 日	0 0 0 1 2 RO	2 3 4 5 6	<mark>7 8 9</mark> 2. ○日生 3.	小学生 中学生		母子 父子	割自
	年				費の支給を申					費診療
			保 険	医療機	と 関 等 ま	証 明 欄	\leftarrow			別の担
	1.入 2.入院		1.国 保 2.社 保	1. 7	7割	3. 9割				湯 合に
	3.訪問		2. 位 床)	は、
		診	赤字の箇月	所にご記	入、ご捺印	「をおねか	ぶいしま	きす。		\mathcal{Z}
										=-
1	'呆	除							\vdash	証明を
	果	険	\ # & la L &							証明を書か
			公費負担対象	:点数(再掲))		,	点		証明を書かない
		うち他法会		:点数(再揭) 負 担 額			円 (点)	>証明を書かないでくだ
	上記の う	うち他法会		負担額)				点)	割自費診療の場合には、この証明を書かないでください。
	上記の 一 部 上記金	うち他法会	額 (患 者	負担額	- つる。 所	在 地			点)	証明を書かないでください。
	上記の 一 部 上記金	うち他法な 負担 額は、領	額 (患 者	負担額	- - る。	在 地 称 設者名			点)	シ証明を書かないでください。
-	上記の 一 部 上記金	うち他法な 負担 額は、領	額 (患 者	負担額	- - る。	称				『証明を書かないでください。
	上記の 一 部 上記金	うち他法な 負担 額は、領	額 (患 者	負担額	- - る。	称 設者名 受付 決定	円 (年 年	月月	(ii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)(iii)<td> 証明を書かないでください。</td>	証明を書かないでください。
決 裁	上記の 計 計 記金	りち他法と 負担 額は、 月	額 (患 者) 収済であるこ日	負担額	- - る。	称 設者名 □ 受付	円(月月月	印日日日日	0
	上記の 一 部 上記金	りち他法と 負担 額は、 月	額 (患 者) 収済であるこ日	負担額 とを証明す 医療 除 給付額 降	で を機関名 名 開記 額 の 対加給付等	称 設者名 受付 決定 支給	円 (年 年 の計	月月月	印日日日日次定	0
	上記の 計 計 記金	り ち他法と 負 担 領年 療 費	額(患者収済であるこ日	負担額	Ta。 所 接機関名 名 開 額 の	称 設者名 受付 決定 支給 内	円 (年 年 の計	月月月	印日日日日	0
 	上記の 計 計 記金	り ち他法と 負 担 領年 療 費	額(患者収済であるこ日	負担額 とを証明す 医療 除 給付額 降	で を機関名 名 開記 額 の 対加給付等	称 設者名 受付 支定 支給 内 控除額 (B+	円 (年 年 の計 C) D	月月月	印日日日日次定	0
	上記の 計 計 記金	5 6 6 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	額(患者収済であるこ日	負担額 とを証明す 医 除 除 給付額 B	で を機関名 名 開記 額 の 対加給付等	称 設者名 受付 決定 支給 内	円 (年 年 の計 C) D	月 月 月 大 名	印日日日日次定	。 ·