

福 祉 医 療 費 支 給 申 請 書							
佐世保市長 様 別添領収書(医療機関等証明書)のとおり医療費を支払ったので福祉医療費の支給を申請します。 年 月 日							
(申請者) 住 所		佐世保市			町(丁目)		番 号
氏 名		(電話 — —)					

受 給 者 番 号		被保険者等の氏 名							
診療を受けた人の氏名	(フリガナ)	被保険者等の記号・番号	記号		番号				
生 年 月 日	. .	保険者の名称	健	国	退	組	共	後	本人家族
			保	保	職	合	済	期	

＜太枠内に記入をお願いします＞

福祉医療の申請をされる方へ

この用紙と、医療機関等の領収書(患者名、点数、金額、診療日の判るもの)と一緒に提出してください。

レシートでは申請ができませんので、その場合は別紙の「医療機関等証明書」に病院・薬局等で支払金額の証明を受け提出してください。

高額説明	
------	--

計算欄(この欄は記入しないでください)

[illegible]