|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉医療資金借入申請書福祉医療資金借入申請書  　　年　　月　　日  　一戸町長　田中　辰也　様  　福祉医療資金を下記のとおり借り受けたいので、関係書類を添えて申請します。  住　所  申請者　　　　　　　（電話　　　　　　　　　）  氏　名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | |
| ①  受給者証番号  番号 | | 62-　　-　　　　　- | | | | 貸付決定 | | ※  年　　月　　日 | | | | | |
| ②  受給者氏名 | |  | | | | 生年　　月日 | 明・大・昭・平  年 月 日 | | | | 申請者  と　の  続柄 | |  |
| ③  療養を受けた医療機関、薬局等の名称及び所在地  名称及び所在地 | | 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （電話　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| ④  ③の医療機関等で診療を受けた期間 | | 年　　　月　　　日から  　　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | | 日間 | | | | |
| ⑤  ④の期間に受けた療養に対し支払うべき額 | |  | | | | | | | 円 | | | | |
| 福祉医療資金  借入申請額 | 総医療費  Ａ | | | 一部負担金  Ｂ | 高額療養費  支給見込額  Ｃ | | | | | 自 己 負 担  限度額  Ｄ | | 借入申請額  Ｂ－Ｃ－Ｄ | |
| 円 | | | 円 | 円 | | | | | 円 | | 円 | |