|  |
| --- |
| 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　　　　　　　　） |
| ④③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　　　 |
| ⑤④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 |