

様式第6号（第9条関係）

1	子ども
2	障がい者
3	母子・父子

福 祉 医 療 費 支 給 申 請 書

白馬村長 宛 年 月 日

申 請 者 住 所 白馬村大字 城
(本人又は保護者)

氏 名 (印)
電話番号 - -

下記により 年 月診療分の福祉医療費の支給を受けたいので申請します。

受給者										受給資格者	
番 号										氏 名	
										生年月日	大・昭・平・令 . . 生
加入医療保険		保険者名称									
		保険者番号									

備考欄	医- 歯- 薬-
-----	----------------

様式第6号（第9条関係）

1	子ども
2	障がい者
3	母子・父子

福 祉 医 療 費 支 給 申 請 書

白馬村長 宛 年 月 日

申 請 者 住 所 白馬村大字 城
(本人又は保護者)

氏 名 (印)
電話番号 - -

下記により 年 月診療分の福祉医療費の支給を受けたいので申請します。

受給者										受給資格者	
番 号										氏 名	
										生年月日	大・昭・平・令 . . 生
加入医療保険		保険者名称									
		保険者番号									

備考欄	医- 歯- 薬-
-----	----------------