

神 福 証 明 書

年 月分の医療福祉費申請書を下記のとおり提出します。
なお、申請書の記載は、申請欄を除き当医療機関等によるものであることを証明します。

令和 年 月 日

茨城県神栖市長 殿

医療機関等の所在地及び名称

開 設 者 氏 名

印

※押印は、署名（自筆）の場合必要ありません。

区 分	提出件数
医 療 福 祉 費 償 還 払 支 給 申 請 書 （ 黄 色 ）	件
妊 産 婦 医 療 福 祉 費 支 給 申 請 書 （ 紫 色 ）	件
合 計	件