

由仁っ子医療費助成申請書

年 月 日

由仁町長 様

申請者

住 所 由仁町 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

※必ず押印してください。

由仁っ子医療費の助成を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

申 請 額		円	診療年月	年 月 分
受 給 対象者	氏 名		生 年	年 月 日生
	受給者番号		月 日	和暦で記入
入院・外来の別		入院 ・ 外来	添付領収書枚数	枚
金 融 機 関 名			支 店 名	
口座名義(カタカナ)			口座番号	

注 1. 上の欄を全て記入してください。

2. 入院、外来別に1か月ごとにまとめ診療月の翌月以降に申請してください。

3. 医療保険対象外のものは、助成対象になりません。

担 当 記 入 欄		補助対象分 ・ 補助対象外分	
支 給 決 定 額		円	
申 請 額	保険外分	高額療養費等分	医療費計
円	円	円	円
受給者証の種類		乳課・乳初	道補助対象分
			円
備 考	町助成分		円
	補助対象外		円