**医療費助成申請書**

年　　　月　　　日

由仁町長　様

申請者　　　住所

氏名 　　 　　　　　　　　　　　 　印

電話番号

個人番号

次のとおり医療費の助成を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 由仁っ子医療 |
| 受給対象者 | 受給者番号 |  | 個人番号 |  |
|  |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請内容 | 申請額 | 円 | 診療月 | 　年　　　月分 |
| 入院・外来の別 | 入院　・　外来 | 領収書枚数 | 枚 |
| 金融機関 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通・当座・その他（　　 ）　 | 口座番号 |  |
| 口座名義（ｶﾀｶﾅ） |  |

* １　入院・外来別に１か月ごとにまとめ、診療月の翌月以降及び２年以内に申請してください。

２　医療保険対象外のものは、助成対象になりません。

|  |
| --- |
| * 担　　当　　処　　理　　欄
 |
| 補助対象分　・　補助対象外分 | 支払コード |  |
| 支給決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 申請額 | 保険外分 | 高額療養費分 | 医療費計 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 受給者証の種類 | 課　・　初 | 補助対象分 | 円 |
| 受　　付　　印 |  | 町助成分 | 円 |
| 補助対象外分 | 円 |