

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	
	フリガナ名 氏		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 (かた)			

- ※ 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

