

様式第4号(第5条関係)

決 裁	課 長	係 長	担 当 者	受 付	年 月 日	
				決 定	年 月 日	
				発 行	年 月 日	
助 成 内 訳	一部負担金 の 額	控 除 額 内 訳				交 付 決 定 額
		附 加 給 付 額	そ の 他	足 切 額	計	

寡 婦 等 医 療 助 成 申 請 書

年 月 日

綾町長 殿

住所
申請者 氏名 ⑩
電話

年 月分の医療費(入院・入院外)を助成されたく申請します。

受 給 資 格 者	受給資格 者証番号		加 入 保 険	世帯主又は 被保険者氏名	
	氏 名			保 険 証 記 号 番 号	
	生年月日			保 険 者 名	
振込希望金融機関名			口座番号		
この欄は、 お手数ですが 医療機関にお いてご記入願 います。	平成 年 月診療		入院・入院外		
	診療実日数	総 点 数	保険以外公費点数	一部負担金受領額	
	上記の一部負担金を受領いたしました。 平成 年 月 日 所在地 医療機関等の 名 称 氏 名 ⑩				