

様式第4号（第5条関係）

決 裁	担当者	係長	課長	受付	年	月	日
				決定	年	月	日
				発行	年	月	日
助 成 内 訳	一部負担金額	控除額内訳				交付決定額	
		付加給付額	その他	足切額	計		

寡婦等医療助成申請書

平成 年 月 日

綾町長 殿

住所 綾町大字

申請者 氏名 印

電話 (0985) 77 -

平成 年 月分の医療費(入院・入院外)の給付を助成されたく申請します。

受給資格者	番号		加入保険	世帯主又は被保険者氏名		
	氏名			記号番号		
	生年月日	年 月 日		保険者名		
振込先金融機関名			支店名		口座番号

<p>この欄は、医療機関及び調剤薬局で記入して下さい。</p> <p>※ 領収書を添付できる場合は記入不要です。</p> <p>保険対象外の経費は控除して下さい。</p> <p>※ 入院時の食事代にかかる標準負担額も控除して下さい。</p>	平成 年 月分 診療（調剤）報酬 (1. 入院 2. 外来)		
	診療実日数	総点数	一部負担金受領額（保険外費用を除く）
	日	点	円
	上記の金額を受領しました。		
	平成 年 月 日		
	所在地 <u>医療機関の</u> 名称 氏名 印		
	調剤実日数	総点数	一部負担金受領額（保険外費用を除く）
	日	点	円
上記の金額を受領しました。			
平成 年 月 日			
所在地 <u>調剤・薬局の</u> 名称 氏名 印			

* 上記に証明のない場合は、領収書の添付をお願いします。（レシート不可）