

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)