

老人医療（一部負担金相当額等一部助成）申請書

年 月 日

島本町長 様

申請者 住 所 島本町  
氏 名

Ⓜ

受給資格者との続柄 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

次のとおり一部負担金相当額一部助成の支給を申請しますので、下記金融機関の口座に振り込んでください。なお、添付する領収証書の保険点数について、医療機関に照会することに同意します。

平成	年	月	分	領収書枚数（	枚）	請求金額	円
受給資格者	氏 名 明・大・昭 年 月 日生					公費番号	
	住 所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他：島本町 _____					受給者番号	
健康保険証	記号		番号		保険者番号		
振込先	銀行・農協 信金・信組				口座番号		(普通・当座)
	支店・本店 営業所				口座名義 (カタカナ)		

添付書類：医療機関発行の領収証書（受診された方の氏名・保険点数・診療日数が入ったもの）

★支給決定欄（この欄は、町が記入します。）

種 別	日数	医療費総額	自己負担額	一部自己負担金	高額療養費 (附加給付)	支給決定額
入院・外来 医科・歯科・調剤・ ( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・ ( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・ ( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・ ( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・ ( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・ ( )						
入院・外来 医科・歯科・調剤・ ( )						
計						