

様式第4号 (第5条関係)

決 裁	課長	補佐	係長	担当者	受付	平成	年	月	日
					伺	平成	年	月	日
					決定	平成	年	月	日
					支給	平成	年	月	日
助 成 決 定	一 部 負 担 金 の 額	控 除 額 内 訳				交 付 決 定 額			
		付 加 給 付 額	そ の 他	控 除 ( 足 切 ) 額	控 除 額 計				
	円	円	円	円	円	円	円	円	

寡婦医療費助成申請 (請求) 書

平成 年 月 日

門川町長 殿

申請者 住所 氏名 印

平成 年 月 日分の 入院 外来 医療費の給付を受けたく申請 (請求) 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			保険証番号	
	生年月日	年 月 日		保険名	政・組・日・船・共・国
振込金融機関名			口座番号		
			口座名義		

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。 なお、保険対象以外の経費は控除してください。	平成 年 月 診療		入院 ・ 外来	
	診療実日数	総点数	保険以外公費点数	一部負担金受領額
	日	点	点	円
	上記の一部負担金を受領いたしました。			
平成 年 月 日				
医療機関等の		所在地		印
氏名		氏名		