



伺	起 案 年 月 日		年 月 日		
	下記のとおり決定してよろしいかお伺いします。				
決 定	町 長	副町長	課 長	決 定 年 月 日	起 案 者
				年 月 日	④

※ この欄には記入しないで下さい。

整理番号		決 裁 処 理	1	支 給 金 額	円	決 定 点 数 ①	点	
資 格 確 認	取 得		・	支 給 する	③-④-⑤-⑥	平成	費 用 額 ②	円
	喪 失		・				一 部 負 担 金 ③	円
摘 要			支 給 しない	支 給 期 間	年 月 日 分	自 己 負 担 額 ④	円	
						高 額 療 養 費 ⑤	円	
						附 加 給 付 額 ⑥	円	

### 重度心身障害老人健康管理事業給付金 医療費支給申請書

医療を受けた者の氏名		男 女	年 月 日生
医療を受けた病院	住 所		
	名 称		
	診 療 科		
入院・入院外の別および医療を受けた期間	入 院	令和 年 月 日から	日間
	入 院 外	令和 年 月 日まで	
医療に要した費用	円		
受 給 者 番 号	負担者番号		
	受給者番号		
上記のとおり、重度心身障害老人健康管理事業給付金の支給を申請します。			
令和 年 月 日			
伊根町長 吉本秀樹様			
申請者 住所 京都府与謝郡伊根町字			
氏名 ④			

振込先金融機関名	預金種別・口座番号
<input type="checkbox"/> 京 都 農 業 協 同 組 合 <input type="checkbox"/> 京 都 銀 行 <input type="checkbox"/> 京 都 北 都 信 用 金 庫 <input type="checkbox"/> 京 都 府 信 用 漁 業 協 同 組 合 連 合 会 支店	当座・普通 No. _____