

書 き 方

受付

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	印

※ 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 する	支 給 金 額	円	決 定 点 数 ①	点
			③-④-⑤-⑥		費 用 額 ②	円
			支 給 期 間	平成 年 月 分 日 分	一 部 負 担 金 ③	円 ()
		2 支 給 しない	(支給しない理由)		自 己 負 担 額 ④	円
					高 額 療 養 費 ⑤	円
					附 加 給 付 額 ⑥	円
摘 要						

対象者の氏名を記入

医療費支給申請書

医療を受けた者の氏名	役 場 一 郎	男 女	平成 〇〇年〇〇月〇〇日生
医療を受けた病院	住 所	医療機関住所を記入。	
	名 称	医療機関名を記入	
	診 療 科	総合病院の場合は記入してください	
入院・入院外の 医療を受	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から	〇〇日間	
医療に要	添付する領収書の保 険適用分を記入	〇〇〇〇〇〇〇〇円	伊〇〇〇〇〇 〇〇・〇〇〇など
加 入 保 険	被保険者証の記号番号	伊根町、__共済組合、__健保組合	
	保 険 者 名	役 場 太 郎	
	附 加 給 付 の 有 無	有 ・ 無	
	上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添付して支給を申請します。		
平成 年 月 日			
伊根町長 様			
申請者 住所 京都府与謝郡伊根町字日出 651 番地			
氏名 役 場 太 郎 印			
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 伊 根 支 店	当座・普通 No. 〇〇〇〇〇〇〇〇		
印鑑を忘れずに			