



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	⑩

※ この欄には記入しないで下さい。

整理番号		資格確認	取得	喪失	1	支給金額 ③-④-⑤-⑥	円	決定点数 ①	
適用	支給期間							点	
				支給する	平成	費用額 ②	円	①×10	
			年 月分 日分	一部負担金 ③	円	②×	()	円	
		2	(支給しない理由)	自己負担額 ④	円			円	
		支給しない		高額療養費 ⑤	円			円	
				附加給付額 ⑥	円			円	

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、医療費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 ⑩			

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. _____