

様式第2号(第4条関係)

決 裁	課長	課長補佐	リーダー			担当	受付	年	月	日
							伺	年	月	日
							決定	年	月	日
							発行	年	月	日
助 成 内 訳	通院月額	控除額内訳						交付決定額		
		身体障害者としての減免		その他	控除額計					
								円	円	円

腎病通院費助成申請書(請求書)

令和 年 月 日

美郷町長 様

申請者

住 所 美郷町

氏 名

㊞

令和 年 月分の腎臓通院費を助成されたく申請(請求)します。

受 給 資 格 者	氏 名		加 入 保 険	世帯主又は 被保険者氏名	
				保 険 証 記 号 番 号	
	生年月日	年 月 日		保 険 名	
振込希望銀行口座					

医 療 機 関	所 在 地	医療機関名	交 通 費	①通院1回分の費用	②今月の回数	③月額
				円 ※37円/1km	回	①×② 円

通 院 証 明 書

通院者 住 所											
氏 名											
通院月 月分( 日間)											
内	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
訳	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
上記のとおり通院したことを証明します。											
令和 年 月 日											
										病院名 医 師	
										印	

(注) 通院した日は、当該日に主治医の印を押してください。