

年 月 日

境 町 長 様

申請者

住 所 境町

氏 名

印

対象者との続柄

電 話 番 号

指定難病特定医療費助成金支給申請書

境町指定難病特定医療費助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象者	フリガナ 氏 名		性 別 男・女	生 年 月 日	年 月 日生 (歳)	
	住 所	境町				
病 名						
身体障害者 手帳の有無		1有(県第 号 年 月 日交付 種 級) 2無 3申請中				
マル福の受給		1該 当 (記号番号) 2非該当				
医療機関名						
医療費支払額 (実 績)		支 払 年 月	領 収 書 金 額	※ 役 場 記 載 欄	支 給 内 訳	支 給 決 定 額
		年 月	円		円	円
		年 月	円		円	
		年 月	円		円	
		年 月	円		円	
		年 月	円		円	
		年 月	円		円	
受 給 方 法		1 口座振込み		2 窓口払い		

添付書類

- 1 指定難病特定医療費受給者証の写し
- 2 指定難病特定医療費自己負担上限額管理手帳の写し
- 3 医療機関の発行する領収書
- 4 その他町長が必要と認める書類