第６号様式(第４条第５項)

酒々井町重度心身障害者医療費助成金給付請求書

年　　月　　日

　　(あて先)酒々井町長

請求者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

　　　　年　　月分重度心身障害者医療費の支給を受けたいので、酒々井町重度心身障害者の医療費助成に関する条例施行規則第４条第５項の規定により、別添の書類を添えて請求します。

　振込先(＊口座の変更を希望される方はご記入ください。)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 | 支店名 | 口座名義 | 口座番号 |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

　町処理欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険診療自己負担額 | 証明経費 | 食事療養費 | 薬剤負担金 | 付加給付額又は高額医療給付額 | 支給決定額 |
|  |  |  |  |  |  |