

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



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