第１号様式（第４条関係）

|  |
| --- |
| 清川村高齢者外来医療費助成申請書令和　　年　　月　　日　清川村長　　　　　　　　殿申請者　所在地（対象者）　　　 氏　　名 ㊞電話番号次のとおり、清川村高齢者外来医療費の助成を申請します。 |
| 保 険 の 種 | 類 |  | 被保険者証記 号 番 号 |  |
| 保 険 者 | 名 |  | 符 号 |  |
| 高 齢 者 の 氏 | 名 |  | 生 年 月 日 | 生 |
| 申 請 の 種 | 類 | 　　１　一般　　　２　歯科　　　　３　薬剤　　　　４　看護　　５　移送　　　６　補装具　　　７　その他 |
| 診療を受けた期間 | 　　 　　年　 　月　 　日から　　　 　年　 　月　 　日まで |
| 医 療 費 総 | 額 | 円 |
| 支 給 申 請 | 額 | 円 |
| 病 院 等 の 名及 び 所 在 | 称地 | 別添のとおり |
| 振 り 込 み | 先 | 金 融 機 関 | 名 |  |
| 口 座 の 種 | 類 | ①　普通　　　　　　２　当座 |
| 口 座 番 | 号 |  |
| 名 義 | 人 |  |