

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				
清川村長 殿				年 月 日
申請者 所在地 清川村 (対象者)			番地	
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	1 国保 2 組合 3 政管 4 日雇 5 船員 6 共済	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	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 称 及 び 所 在 地				
振 り 込 み 先	金融機関名	銀行 農協		支店 支所
	口座の種類	1 普通 2 当座		
	口 座 番 号			
	名 義 人			