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

平成　　年　　月　　日

清 川 村 長　　殿

申請者　所在地　　清川村　　番地
（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	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	平成　年　月　日から平成　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　支店 農協　支所	
	口座の種類	１　普通　２　当座	
	口座番号		
	名義人		