

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 ⑩

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 5 移送	2 歯科 6 補装具	3 薬剤 7 その他 4 看護
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	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		