

事務処理欄		保険外説明() 高額区分() 世帯番号() 多数該当(無・有) 世帯合算(無・有)				後期申請済 () 現物給付高額合算確認()		
No.	保険点数	他公費	負担総額	療養費 附加給付等	診療(調剤)年月日	受診区分	支給決定額	備考
1	(円) 点		円	円	年 月 ~	入()外 歯 調 装() 看 柔 マ は	円	
2	(円) 点		円	円	年 月 ~	入()外 歯 調 装() 看 柔 マ は	円	
3	(円) 点		円	円	年 月 ~	入()外 歯 調 装() 看 柔 マ は	円	
4	(円) 点		円	円	年 月 ~	入()外 歯 調 装() 看 柔 マ は	円	
5	(円) 点		円	円	年 月 ~	入()外 歯 調 装() 看 柔 マ は	円	
合 計 金 額							円	

重度障害老人等福祉助成費 助成申請書

令和 年 月 日

栗 東 市 長 様

住 所 滋賀県栗東市

申請者

氏 名

(電話番号)

栗東市重度障害老人等福祉助成費助成要綱第8条の規定により、福祉助成費の助成を受けたいので申請します。

助 成 申 請 額	金 円			
診 療 年 月	年 月 分 (入 院 ・ 通 院)			
助 成 券 区 分	福祉番号		受給者番号	
助成対象者氏名	生年月日 大 ・ 昭 年 月 日			
振 込 先	銀行コード*	支店コード*	預金種別	普通 当座
	銀行	本店	口座番号	
	農協	支店		
	信用組合	出張所		
	信用金庫			
	フリガナ			
	名 義			
概 要				

(注) 1.医療機関が発行した領収書を必ず添付して下さい。 2.※印の欄は記入しないでください。