

別記様式第1号（第4条関係）

聖籠町障害者自立支援医療費助成申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者

住所 聖籠町大字

氏名 ㊟

(対象者との関係)

次のとおり、自立支援医療費助成を申請します。

対象者	自立支援医療費 受給者証番号		氏名			性別	男・女
	住 所	聖籠町大字			生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
	指定医療機関	住所					
		名称					
	自立支援医療受 給者証有効期限	年 月 日 から 年 月 日					
指定医療機関 受診自己負担額		円 (年 月 ~ 年 月)					
振り込み金融機関	金融機関名		支 店 名				
	預 金 種 類	1. 普通 2. 当座		口 座 番 号			
	フリガナ 口座名義人	-----					
(添付書類) 1 被保険者証又は組合員証の写し 2 本町に住所を有することを証明する書類 3 自立支援医療費受給者証の写し 4 指定医療機関の領収書又は自立支援医療費自己負担上限額管理票の写し							

