別記様式

聖籠町難病患者等の医療費助成申請書

年　　月　　日

聖籠町長　　様

申請者　住所　聖籠町
氏名　　印
TEL

次のとおり金　　円を申請します。

なお、聖籠町長が支給決定に関して助成の適正を図るため、必要に応じて新潟県及び医療機関に受給資格及び当該診療内容を照会することに同意します。

<table>
<tr><td colspan="2">受給者氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">病名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">医療機関名</td><td>住所</td><td colspan="3">別紙領収書（写）のとおり</td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="3">別紙領収書（写）のとおり</td></tr>
<tr><td colspan="2">他制度の受給状況
（該当のものがあれば○）</td><td colspan="4">1 県単医療費助成制度（ 県障・県子・県親 ）
2 生活保護
3 その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込指定機関</td><td>金融機関名</td><td>銀行・農協
信組・信金
・労金</td><td>口座番号等</td><td colspan="2">普通
当座</td></tr>
<tr><td rowspan="2">支店名</td><td rowspan="2">本店・＿＿＿＿＿支店</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

私は上記口座名義人に難病医療費助成金の受け取りを委任します。
年　　月　　日
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

1　助成申請の際は特定医療費（指定難病）受給者証又は受給者証及び医療機関から発行された領収書を提示すること。

2　記名押印に代えて署名することができます。

<table>
<tr><td rowspan="2">町使用欄</td><td colspan="12">対象月</td><td>助成決定額</td></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>円</td></tr>
</table>