

かなん医療・U-22助成申請書

河南町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

かなん医療・U-22医療費の助成に関する要綱第7条第1項の規定により、次のとおり助成を申請します。

申請にあたり、かなん医療・U-22医療費の助成に必要な範囲で、住民基本台帳等の情報及び保険情報について、町が公簿等による確認を行うこと、並びに関係機関に照会することに同意します。

受診者	フリガナ		生年月日	年	月	日生
	氏名			(歳)
	住所	河南町				
振込先	口座名義人 (カタカナ)	※受診者本人以外の名義に振込を希望される場合、委任状の添付が必要です				
	金融機関		銀行 金庫 組合		支店 本店	
	預金種目	普通預金・当座預金	口座番号			

◆医療機関が発行した領収書など、
医療に要した費用がわかるものを必ず
添付してください。

※治療用器具や高額療養費に該当する場合
健康保険組合などが発行した支給決定書、
医師が発行した証明書等が必要になります。

(町審査欄)

チェック 項目	年齢 <input type="checkbox"/>	領収書等 <input type="checkbox"/>	保険証 <input type="checkbox"/>
------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

郵送で申請する場合、
受診者の健康保険証の写しを
ここに貼り付けてください

区 分	診療年月	金額 (点数)	自己負担額	給付決定額	備 考
			円	円	