

記入例

重度障がい者入院時食事療養費助成申請書

和暦でも可能です。

20xx年xx月xx日

申請書を提出される方の情報をご記入ください。

申請者	住 所	河南町大字白木1359番地6		電話	0721 (93) 2500	
	氏 名	河南 太郎		対象者との続柄	本人	

助成を受けられる方の情報及び入院先病院名、入院期間等をご記入ください。

なお、印は、印鑑台帳等により所符額を確認すること。

対 象	ふりがな	かなん たろう			性別	男・女				
	氏 名	河南 太郎								
	生年月日	20xx年xx月xx日				満xx歳				
	住 所	河南町大字白木1359番地の6								
健 康 保 険 証	被保険者等 氏 名	河南 太郎	記号番号	記号 番号 河国 0000000000						
	保 険 者 名	河南町	保険者番号	1	2	3	4	5	6	7
振 込 先	xx 銀行 支店 普通・当座 農協 支店	口座名義人	(カタカナ) カナン タロウ							
		口 座 番 号	12345678							
医 療 機 関	名 称	〇〇病院			助成申請額					
	所 在 地	河南町大字白木〇〇番地〇〇号								
	入院年月日	20xx年xx月xx日 ~ 20xx年xx月xx日 (xx日間)			x,xxx 円					

和暦でも可能です。

和暦でも可能です。

内 容	円× 回= 円	助 成 額
公 受 決 裁	助成申請額は病院の領収書または明細書を確認し食事療養費（自己負担分）を記入してください。不明な場合は空欄のまま提出してください。	円
		受 付