

重度障がい者入院時食事療養費助成申請書

河南町長 様

年 月 日

※太線わく内について記入してください。

申請者	住 所	電話 ()	
	氏 名	対象者との続柄	

下記のとおり重度障がい者入院時食事療養費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお、私は、課税台帳等により所得額を確認することを承諾します。

対 象 者	ふりがな			性別	男 ・ 女				
	氏 名								
	生 年 月 日	年 月 日		満 歳					
	住 所								
健 康 保 険 証	被保険者等氏名	記号番号	記号 番号						
	保 険 者 名	保険者番号							
振 込 先	銀行 支店 普通・当座 農協 支店		口座名義人	(カタカナ)					
			口 座 番 号						
医 療 機 関	名 称						助成申請額		
	所 在 地						円		
	入院年月日	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)							

内 訳	円× 回＝ 円 円× 回＝ 円 円× 回＝ 円 円× 回＝ 円	助 成 額	
	円		
公 費 助 成	障害 その他	(備考)	
受給者番号			
決 裁	課長 係長 係	上記のとおり該当・非該当について 処理してよろしいか。	受 付
	年 月 日決定		