

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	印	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						
	保険者名	保険者番号						
振込 先	銀行	支店	口座名義人	(カカ)				
	農協	支店						
			口座番号					
医療 機関	名称					助成申請額		
	所在地							
	入院年月日	年 月 日～ 年 月 日 (日間)				円		

内 訳	円×	回=	円	助成額
	円×	回=	円	
	円×	回=	円	
	円×	回=	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。 年 月 日決定	受付