

河南町長 様

年 月 日

申請者
 住 所

氏 名

電話番号

かなん医療・U－2 2 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－2 2 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)	◆申請者及び口座名義人が受診者と異なる場合等、委任状の添付が必要です。					
	金融機関		銀 行 農 協 信 金 信 組	支 店 本 店 出張所			
	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、
 (※1)
 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。

(※1) 治療用装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などが必要です。

(町審査欄)

チェック 項 目	年 齢	領収書等	本人確認 書類
	☐	☐	☐

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

郵送で申請を行う場合、
 (※2)
申請者の本人確認書類の写しを
 ここに貼り付けてください。

(※2) 資格確認書等、マイナンバーカード（表面）、運転免許証、
 年金手帳またはパスポートなどの公的証明書のことです。