

様式第1号(第6条関係)

身体障害者等医療費助成金申請書			
若桜町長 様			
医療を受けた者の氏名		住所	若桜町大字
医療を受けた病院等 総合病院の場合は診療科等の名称			
入院・入院外の別	入院 入院外	医療を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日
医療に要した費用	円		
加入保険名及び 記号・番号		身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健 福祉手帳	級
添付書類 1 医療保険により、医療費の自己負担分を医療機関へ支払いしたその領収書 2 附加給付金支給額証明書			
医療費申請額 円			
年 月 日 税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 申請者 住所 若桜町大字 氏名 (印)			

(注) 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。