

受付印

福祉（乳・こ・母）医療費助成請求書

請求金額		円	※決定額	円
受給者	受給者番号		県町区分	県助成・町単独
	ふりがな		負担区分	一般・低所得
	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	住所	稲美町		
加入医療保険	被保険者		負担割合	
	記号		保険種別	社：国：国 保：保：組
	番号			
	保険者名		保険者番号	
請求内容	請求理由	県外受診・県内未提示・療養費・遡及認定・居住地特例 その他（ ）		
	療養等に要した期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	必要書類	●領収書又は領収証明書の写し □療養費支給決定証明書 □その他（ ）		
振込先	金融機関名		銀行・金庫	本店 支店
		金融機関コード	組合・農協	
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	ふりがな	
	口座番号		口座 名義人	
上記の通り、福祉医療費の助成を請求します。				
令和 年 月 日				
請求者 住所 □受給者に同じ				
稲美町長 様				
氏名 印 受給者との続柄				
電話 () ()				