

様式第1号 (第5条関係)

年 月 日

東海村長 山田 修 様

番 号		東海村指定難病患者, 関節リウマチ患者及び精神障がい者医療費助成金支給申請書					
対象者	ふりがな 氏名	性別		男女	生年 月日	年 月 日生(歳)	
	住所	東海村 ☎ ()					
申請者	氏名	続柄	住所	☎ ()			
疾病名		医療機関名					
医療費申請 内訳及び支給 内訳額	月別内訳額等			領収書 確認	役場 の 記載 欄	月別支給内訳額等	
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	月分		円	
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	月分		円	
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	月分		円	
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	月分		円	
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	月分		円	
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	月分		円	
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	月分		円	
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	月分		円	
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	月分		円	
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	月分		円	
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	月分		円	
	当期申請額の計			円		当期合計 円	
助成金の振込先							
金融機関名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義人			

添付書類	確認レ印	確認レ印
(指定難病)		(関節リウマチ)
1 指定難病特定医療費受給者証の写し <input type="checkbox"/>		1 診断書(初回のみ) <input type="checkbox"/>
2 指定難病特定医療費自己負担上限額管理手帳 <input type="checkbox"/>		2 医療機関の発行する領収書 <input type="checkbox"/>
(精神疾患)		
1 自立支援医療受給者証(精神通院)又は精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/>		
2 自立支援医療自己負担上限額管理票の写し又は医療機関の発行する領収書 <input type="checkbox"/>		

支給決定 の決裁欄	課長	課長補佐	係長	担当

本票の 審査者	印