

東海村長 様

東海村肝炎治療費助成金交付申請書

申請者

住 所 東海村
氏 名 (男・女)
生年月日 年 月 日生
電話番号 ()

東海村肝炎治療費助成金の交付を受けたいので、東海村肝炎治療費助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

疾患名		医療機関名			
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
医療費 申請内訳	月別内訳額等		確認	月別支給内訳額等 (月別内訳額の1/2)	
	月分	円	<input type="checkbox"/>	月分	円
	月分	円	<input type="checkbox"/>	月分	円
	月分	円	<input type="checkbox"/>	月分	円
	月分	円	<input type="checkbox"/>	月分	円
	月分	円	<input type="checkbox"/>	月分	円
	月分	円	<input type="checkbox"/>	月分	円
	当期申請 額の計	円		当期合計	円 (千円未満切捨て)
助成金の振込先					
金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	

添付書類

- 肝炎治療受給者証の写し
- 自己負担額上限管理表の写し

確認✓印
<input type="checkbox"/>
<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

※太枠欄は、記入しないでください。