

一 記入例 一

特定疾患等及び小児慢性特定疾患医療一部負担金請求書

平成××年××月××日

川島町長 様

住 所 **川島町大字平沼 1175**
氏 名 **川島 たろう**
(電話 **049-297-1811**)

下記のとおり、特定疾患等及び小児慢性特定疾患医療費一部負担金給付事業実施要綱第7条の規定に基づき請求します。

| | | | |
|--------|---------|-------------------------------|-----------------------------|
| 助成請求金額 | 入 院 | <u> 5 </u> 日分 | 保険診療一部負担金 <u> 50,000 </u> 円 |
| | 外 来 | <u> ×× </u> 月～ <u> ×× </u> 月分 | 保険診療一部負担金 <u> 5,770 </u> 円 |
| | 合 計 | | <u> 55,770 </u> 円 |
| 受給者 | 氏 名 | 川島 たろう | |
| | 認 定 番 号 | ×× | |

認定通知証の認定番号を記入してください。