

様式第3号（第7条関係）

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
氏 名
(電話 — —)

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	_____日分	保険診療一部負担金 _____円
	外来	_____月～_____月分	保険診療一部負担金 _____円
	合計		_____円
受給者	氏 名		
	認定番号		

決裁	課長	主幹	主査	係	受付	平成 年 月 日
					支給	平成 年 月 日