

様式第3号(第7条関係)

難病等医療費自己負担額請求書

年 月 日

川島町長 様

住所 川島町 _____
 氏名 _____ (印)
 (電話 -)

下記のとおり、難病及び小児慢性特定疾病医療費自己負担額助成事業実施要綱第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	担当	受付	年 月 日
					支給	年 月 日