

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

あて

住所 川島町
 氏名 _____
 (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 |